F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1962

THÈSE

N° 529

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

MERCAT François-Xavier, Marie, Pierre
Né le 13 Septembre 1933 à SAINT-CLAUD-SUR-LE-SON
(Charente)

Présentée et soutenue publiquement 1962

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU RISQUE OPERATOIRE CHEZ LES PERSONNES AGEES

Président : M. F. BOURLIERE, Professeur

Paris 1962

F A C U L T E DE M E D E C I N E DE P A R I S

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

MERCAT François-Xavier, Marie, Pierre

Né le 13 Septembre 1933 à SAINT-CLAUD-SUR-LE-SON
(Charente)

Présentée et soutenue publiquement 1962

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU RISQUE OPERATOIRE CHEZ LES PERSONNES AGEES

Président : M. F. BOURLIERE, Professeur

Paris 1962

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.) Chabrol (E?), Champy(C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.) Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.) Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.) Quénu (J.), Richet (C?), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR ..... (Jean VERNE
2ème ASSESSEUR ..... (Gaston CORDIER

I - PROFESSEURS

1º - Chaires de Sciences Fondamentales

a) Professeurs titulaires : MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Ed. Physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N.....
Histologie	VERNE
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)

/...

Radiologie médicale ..... DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale ..... N.....
Thérapeutique ..... CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale ..... DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale ..... BOURLIERE (F.)
Embryologie ..... TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive ..... DEPARIS (M.)
Parasitologie ..... BRUMPT (L.C)
Pathologie chirurgicale ..... LAURENCE (G.)
Pharmacologie ..... LEVY (Melle J.)
Physiologie ..... PARROT (J.)
Physique médicale ..... KELLERSHOHN (L.)

2º - Chaires de sciences cliniques -

a) Professeurs titulaires : MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..... REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) ..... MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales .....
(Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.L)
(Cochin ..... LEGER (L.)
(Hotel-Dieu ..... PATEL (J.)
(Pitié ..... CORDIER (G.)
(Saint-Antoine ..... GOSSET (J.)
(Salpêtrière ..... SICARD (A.)
(Tenon ..... OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades) FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin) MERLE D'AUBIGNE (
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..GAUDART D'ALLAINES (F.
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec) ..... MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié) ..... DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca) ..... FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis) DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) .... CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) .... MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) . CASTAIGNE (P.)

/...

Cliniques médicales	(Boucicaut	LENEGRE (J.)
	(Broussais	SOULIE (P.)
	(Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	(Cochin	BROUET (G.)
	(Hotel-Dieu	BARIETY (M.)
	(Lariboisière	SEZE (S. de)
	(Pitié	DREYFUS (G.)
	(Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	(Baudelocque	LACOMME (M.)
	(Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière).		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent de Paul) ..		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-malades) .		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) .		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) .		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologie		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(BOUR (H.)	
	(LHERMITE (F.)	
	(PEQUIGNOT (H.)	

/...

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie	(CABROL (C.) (GOUINAUD (C.) (GILLOT (C.) (OLIVIER (G.)	Electro-Radiol.	LEDOUX-LEBARD
		Hématologie	(BESSIS (M.) (Bilski-Pasquie DAUSSET (J.) (DUHAMEL (G.)
Anatomie-pathologique	(Gauthier-Villars ((Melle P) pr.s.ch. (ABELANET (R.) (BUSSER (F.) (CHOMETTE (G.) (Gouygou (Ch) m. Conf. (NEZELOFF (Ch) (ORGEL (L.) (PAILLAS (J.)	Histologie	(Coujard (R.) (s; ch. (MAROIS (M.) (RACADOT (J.)
		Hydrologie	(BESANÇON (F.) (CORNET (A.)
Anesthésiologie	(KERN (E.) (VOURC'H (G.)		(BOYER (J.) pr. (sh.
		Hygiène	(BLANCHER (G.) (Corre-Hurst (M
Bactériologie	(BARBIER (P.) (CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) (TOURNIER (P.)		(Sapin-Jaloustr
		Maladies Infectieuses	(BASTIN (R.) (DUPONT (V.)
Biochimie médicale .	(Baulieu Et. m. Conf. (BOURILLON (R.) (CARTIER (P.) (DREYFUS (J. Cl) (GONNARD (P.) (KRUH (J.) (JEROME (H.)	Médecine Légale ..	(Derobert (L.) (s. ch. (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.) (HADENGUE (A.)
		Médecine du travail .	(ALBAHARY (C.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports ...	PLAS (F.)	Neuro-chirurgie.	(PERTUISET (E
Carcinologie	(BOIRON (M.) (DENOIX (P.) (MATHE (G.) (SELIGMANN (M)	Obstétrique	(GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (C (LEVY (J.) (MORIN (P.)
Dermato-Syphiligraphie .	(CIVATTE (J.) (DUPERRAT (B.)		(MUSSET (R.) (ROBEY (M.)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P.) (DUBOIS (A.) (SARAUX (H.)		(SENEZE (J.) (SUREAU (C.) (Thoyer-Rozat

/..

Orthopédie	(JUDET (R.) (MEARY (R.) (POSTEL (M.) (RAMADIER (J.)
Oto-Rhino-Laryngologie	(DEBAIN (J.) (PIALOUX (P.)
Parasitologie	(GOLVAN (Y.) (LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	(BARCAT (J.) (BINET (JP) (CAUCHOIX (J.) (CERBONNET (G) (CHATELIN (C.L) (DUBOST (Cl) (FAUREL (J) (FLABEAU (F.) (GARBAY (M.) (GARNIER (H.) (Cl. de Gaudart d'Allaines (GERMAIN (A.) (LATASTE (J.) (LEVEQUE (B.) (LOYGUE (J.) (MERCADIER (M.) (NATALI (J.) (PELLERIN (D.) (PERROTIN (J.) (ROBERT (H.) (THOMERET (G.)
Pédiatrie Puériculture ...	(JOSEPH (R.) (LAFOURCADE (J.) (LEPERCQ (G.) (MANDE (R.) (Mozziconacci (P.) (POLONOVSKI (C.) (ROSSIER (A.) (VIALATTE (J.)
Pharmacologie ...	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Pathologie-exotique.	(SCHNEIDER (J.)
Pathologie Expérimentale ...	(BENHAMOU (J.P) (BERTHAUX (P.) (BOIVIN (P.) (CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) (LOEPER (j.) (MAURICE (J.) (MIKOL (Cl) (RICHET (G.)
Pathologie Médicale	(Aussannaire (M.) (BOUVIER (J.) (BOUVRAIN (Y.) (BRICAIRE (H.) (BRISSAUD (H.) (BROCARD (H.) (BUGE (A.) (CATINAT (J.) (CHRETIEN (J.) (COBLENTZ (B.) (CONTAMIN (F.) (COURY (C.) (ETIENNE (J.P) (FREZAL (J.) (FRITEL (D.) (HENNEQUET (A.) (HIMBERT (J.) (HOUSSET (E.) (LAROCHE (Cl) (LESOBRE (R.) (MACREZ (C.) (MOREAU (L.) (NICK (J.) (ROYER (P.) (TOURNEUR (R.) (WOLFROMM (R.)
Physiologie	(BARRES (G.) (DEJOURS (P.) (DURAND (J.) (GIRARD m. conf. (HUGELIN (A.) (SCHERRER (J.) (CHANTEUR (J.)

/...

Physique Médicale	Gougerot (L.) m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.Cl) TUBIANA (M) m. conf.
Pneumo-Phtisiologie ..	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Psychiatrie ...	PICHOT
Psychiatrie Infantile	DENIKER (P)p DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie ...	DELBARRE (
Stomatologie	(CERNEA (P. (Chaput (Mm (m.c.agr. (GRELLET (M
Thérapeutique ..	(CHASSAGNE (LAMOTTE (M (MARCHE (J.
Urologie	(AUVERT (J. (MOULONGUET (QUENU (L.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique Chirurgicale ...	ABOULKER (P.) Ameline (A.) pr.s. ch. VERNE (J.M)
Clinique Médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique Obstétricale ..	GRASSET (J.) MAYER (M.)
Clinique Ophtalmologique ..	(DESVIGNES (OFFRET (G.
Cl. oto-rhino. Laryngologique ...	MADURO (R.
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE
Clinique Psychiatrique	BARUK (H
Clinique Urologique	KUSS (R.

IV - PROFESSEUR DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie .....Pr..s..Ch.	HAUDUROY (P.)
Pathologie chirurgicale .....Pr. s. Ch.	RUDLER (J.)

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

(BOLTANSKI (E.)
(LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire Principal	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en chef de la bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le docteur HAHN (A.)
Conservateur	Melle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.) FORGE Melles LAURENT (H.) LE NOIR QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises da
les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à le
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

ALAIN ET GILLES

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRERES ET SOEURS,

BEAUX-FRERES ET BELLES-SOEURS

AUX MIENS ET A TOUS MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BOURLIERE

Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin Directeur du Centre de Gérontologie
(Association Claude Bernard)

qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse

En témoignage de gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR Bernard ROY

Membre Associé de l'Académie de Chirurgie
Chirurgien-Chef du Centre Hospitalier Universitaire

qui nous a inspiré ce travail et guidé
avec grande bienveillance dans la réalisation.

En témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE NATIONALE

DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL BRETONNEAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. ARON

Directeur de l'Ecole Nationale de Médecine
et de Pharmacie de Tours.
Médecin-Chef du Centre Hospitalier Universitaire

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GAUTIER

Médecin-Chef du Centre Hospitalier Universitaire
Professeur de Thérapeutique

MONSIEUR LE PROFESSEUR J-J. LIEFFRING

Chirurgien-Chef du Centre Hospitalier Universitaire
Professeur de Médecine Opératoire

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. VIALLE

Chirurgien-Chef du Centre Hospitalier Universitaire
Professeur de Pathologie Chirurgicale
Membre associé de l'Académie de Chirurgie

En témoignage de gratitude
pour le précieux enseignement
que nous avons reçu d'eux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. VALLET

Anesthésiste-Réanimateur du C.H.U.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. PENNEC

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

A MONSIEUR LE DOCTEUR C. BUCHET

Chirurgien-Chef de l'Hôpital d'Amboise
Chef de Clinique Chirurgicale

En témoignage de reconnaissance
et d'amitié.

A MES COLLEGUES D'EXTERNAT ET CAMARADES D'ETUDES

I N T R O D U C T I O N

CTUALITE DU SUJET -

Si la médecine actuelle s'intéresse tant aux affections de la sénescence et à leur traitement, ce n'est pas une simple question de mode. Il existe pour cela des motifs autrement valables et au tout premier plan "le phénomène capital du vieillissement de la population qui au cours des vingt dernières années a attiré l'attention des démographes et des économistes" L. Binet - F. Bourlière.

En effet, actuellement 1 français sur 6 a plus de 60 ans et en 1980 c'est 1/5º de la population qui dépassera cet âge. Par ailleurs, la proportion des plus de 80 ans a doublé depuis le milieu du siècle dernier (J. Daric).

Le fait n'est pas propre à la France mais s'observe a des degrés divers dans nombre de pays et constitue une caractéristique générale des nations évoluées.

Si l'on veut comparer les différents groupes d'âge de la population française on peut dire qu'elle se caractérise par une diminution des adultes (20 à 59 ans) une augmentation des jeunes (0 à 19 ans) et une augmentation des personnes âgées (60 ans et plus).

Dans le domaine des affections chirurgicales le nombre croissant des malades âgés opérés s'explique par la démographie mais aussi, et surtout, par les progrès qu'ont accomplis les techniques chirurgicales et anesthésiques durant les vingt dernières années.

Aussi "le chirurgien est à la hauteur des exigences que pose le nombre croissant des gens âgés atteints d'affections qui demandent des opérations chirurgicales importantes" M.A Oberherman cité par Y. Salembier.

La chirurgie a donc une place de choix dans la lutte contre les affections de la sénescence, cause de cette mortalité "prématurée" qui est encore aujourd'hui le lot de bien des gens âgés.

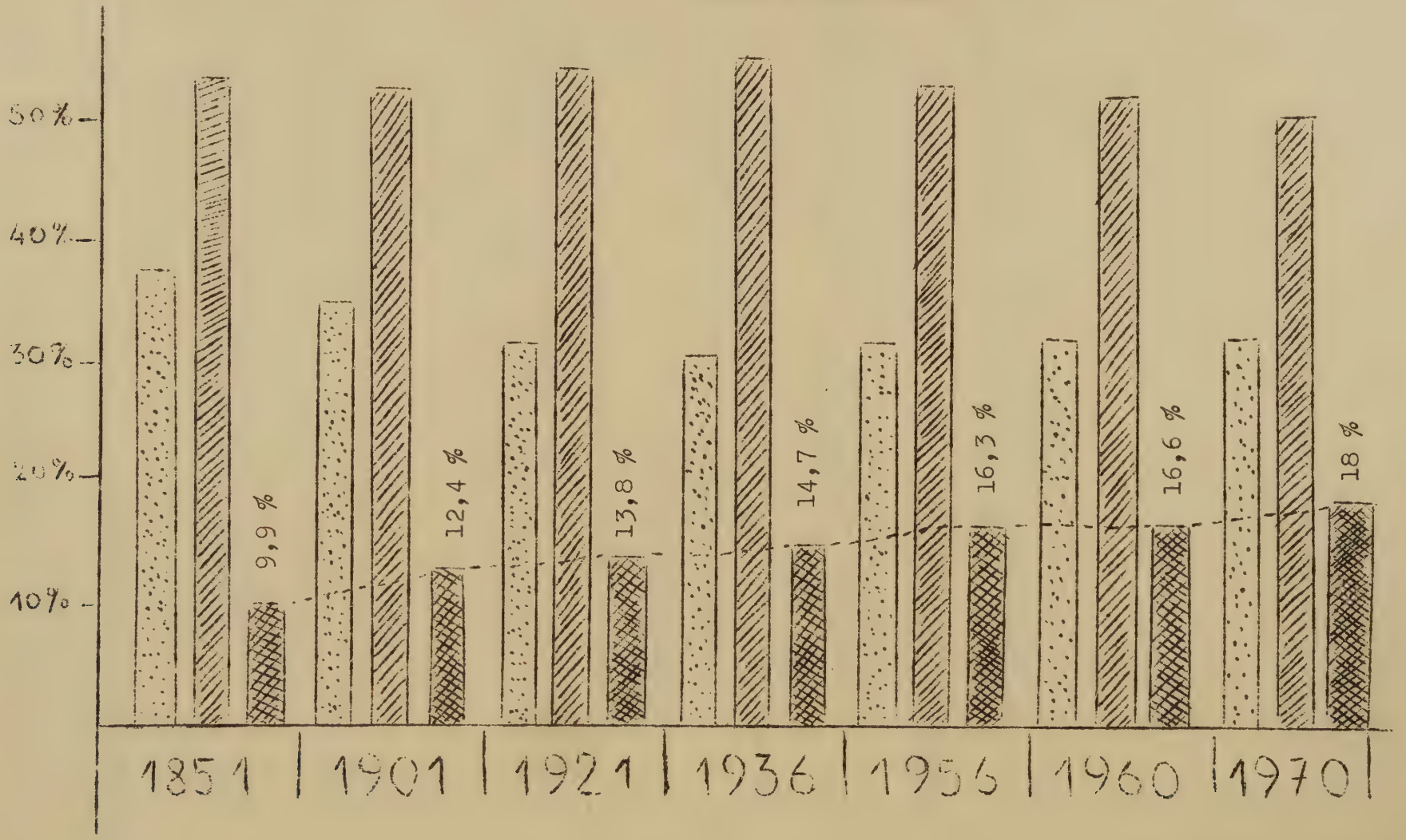
Mais, malgré ces progrès on est en droit de se demander quelle est l'importance du risque opératoire.

Depuis quelques années de nombreuses statistiques tant françaises qu'étrangères ont essayé de répondre à cette question.

/...

EVOLUTION DE LA STRUCTURE DE LA POPULATION

FRANÇAISE SEXES REUNIS



D'après J. DARIC

0 - 19 ans 20 - 59 ans 60 ans et plus

Le but de ce travail n'est donc que d'apporter une modeste contribution à l'édifice de la chirurgie gérontologique et de ses risques.

RESENTATION DE LA STATISTIQUES -

Notre statistique porte sur 803 observations, concernant 756 malades âgés de 65 ans et au-dessus ; observations, qui nous ont été confiées par le Docteur Bernard ROY. Il s'agit de malades de clientèle privée, hospitalisés de 1951 à 1961.

Les techniques chirurgicales employées par le même chirurgien, et les techniques d'anesthésie-réanimation par le même anesthésiste, le Docteur E. VALLET, rendent cette statistique homogène.

CHOIX DE L'AGE -

Tout en reconnaissant le côté arbitraire d'un tel choix et le fait que l'âge physiologique importe plus que l'âge réel, nous avons pris comme âge minimum 65 ans, "le printemps de la vieillesse" -Lacassagne-, suivant en cela de nombreux auteurs de statistiques en Géronto-chirurgie.

CHOIX DE LA CLASSIFICATION -

Malgré la gravité assez inégale des diverses interventions, mais pour rendre le texte plus clair, nous avons classé nos malades suivant le siège de leur affection.

Un chapitre particulier est consacré aux urgences, car les conditions de ce type d'intervention, mérite une étude spéciale des suites opératoires.

MORBIDITE ET MORTALITE -

Reprises globalement les causes des complications et des décès permettent de tirer quelques conclusions et d'ébaucher les principes de la Géronto-chirurgie.

0

0 0

PLAN DU TRAVAIL

I - GENERALITES

II - ETUDE SUIVANT LE SIEGE

- ABDOMEN
  - . Paroi abdominale : Hernies et Eventrations
  - . Chirurgie digestive
    - Affections oesophagiennes et Gastro-duodénales.
    - Affections intestinales
    - Affections bilio-pancréatiques.
- PELVIS
  - . Affections gynécologiques
- THORAX
  - . Tumeurs du sein
  - . Traumatismes thoraciques
- TETE ET COU
  - . Interventions diverses mineures
- MEMBRE SUPERIEUR
  - . Luxations et Fractures
- MEMBRE INFERIEUR
  - . Fractures
  - . Arthroses
  - ."Affections ayant nécessité une amputation de cuisse"
- DIVERS

III - INTERVENTIONS D'URGENCE -

IV - MORBIDITE ET MORTALITE

V - ELEMENTS DE GERONTO-CHIRURGIE

VI - CONCLUSION

O

O O

G-E N E R A L I T E S

Les 803 observations recueillies portent du fait des réinterventions ou des hospitalisations répétées sur 756 malades. Parmi ces 756 malades :

- 60 n'ont subi aucune intervention
- 696 ont été opérés et ont subi au total 743 interventions.

Répartition en fonction du sexe :

- Hommes 311 soit 41 %
- Femmes 445 soit 59 %

L'importance relative des malades du sexe feminin s'explique par le nombre des interventions gynécologiques et biliaires.

Répartition en fonction des âges et du sexe :

Sexes / Ages		65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 et au dessus
♂		131	94	57	17	12
♀		202	126	71	25	21
TOTAL	en Nbre	333	220	128	42	33
	en %	44,1	29,1	17	5,5	4,3

Sur ce tableau on remarque que le pourcentage des malades âgés de plus de 80 ans n'atteint pas 10 % du total.

/...

A B D O M E N

PAROI ABDOMINALE

RNIES ET EVENTRATIONS -

Répartition en fonction du sexe et de l'âge

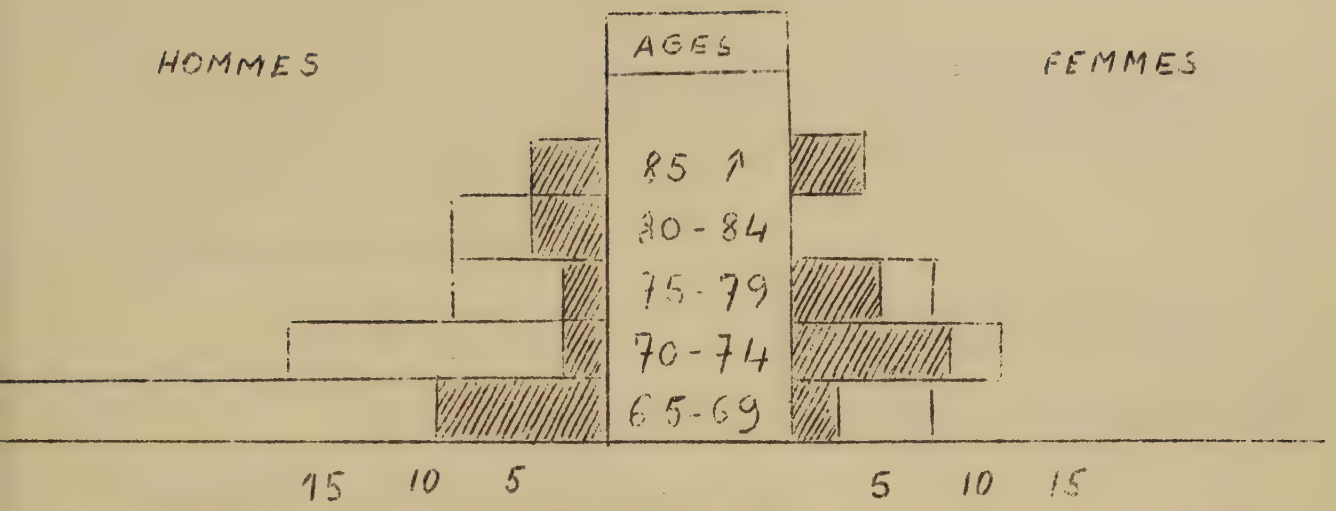
AGES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
65 - 69 ans	34	8	42
70 - 74 ans	17	11	28
75 - 79 ans	8	8	16
80 à 84 ans	8	0	8
85 et au-dessus	4	4	8
T O T A L	71	31	102

Ce qui fait pour un total de 102 malades hospitalisés pour hernie ou éventration. 70 % d'hommes et 30 % de femmes.

Répartition en fonction du siège et du type

SIEGE \ TYPE	NON ETRANGLEES	ETRANGLEES	TOTAL
H. INGUINALES	52	22	74
H. CRURALES	3	15	18
H. EPIGASTRIQUES	4	0	4
H. OMBILICALES	0	2	2
H. OBTURATRICES	0	2	2
EVENTRATIONS	1	1	2
TOTAL en Nbre	60	42	102
TOTAL en %	58,8	41,2	

/...



Hernies simples Hernies étranglées

Répartition des hernies et éventrations simples et étranglées en fonction de l'âge et du sexe.

L'étude de ce graphique montre que la proportion des hernies étranglées est plus grande chez la femme 64,5 % que chez l'homme 29,6 %. Ce qui correspond en réalité à une fréquence plus grande des étranglements des hernies crurales que des hernies inguinales chez les personnes âgées. M. CONTE et F. BOURLIERE.

D'autre part on remarque que la proportion des hernies étranglées chez les malades de 85 ans et au-dessus représente la totalité des hospitalisés pour cette affection.

NIES INGUINALES NON ETRANGLEES - (Tableau nº1)

Ce groupe de 52 malades est composé de 48 hommes et 4 femmes dont l'âge varie entre 65 et 83 ans (âge moyen 70 ans).

Deux malades ont été récusés, il s'agissait d'un homme de 68 ans chez qui les examens pré-opératoires ont fait découvrir un cancer de la prostate et d'un autre homme de 82 ans dont l'âge et l'état général interdisaient l'intervention. Pour expliquer ce chiffre, il faut dire que les malades récusés à la consultation ne sont pas hospitalisés.

La date de l'intervention varie entre le 1er et le 5ème jour et se situe en moyenne au 3ème jour. Un malade a été

/...

opéré le 10ème jour, il s'agissait d'un homme de 73 ans en très mauvais état général mais dont la hernie étranglée réduite par taxis menaçait de nouveau de s'étrangler.

Deux malades âgés respectivement de 75 et 76 ans ont été opérés sous anesthésie locale (soit 4%) tous deux en raison d'un mauvais état général et de troubles de la ventilation pulmonaire (emphysème).

Complications - Décès -

- un décès par embolie pulmonaire chez un homme de 65 ans, survenue au 7ème jour sans signes antérieurs.
- Six complications post-opératoires qui sont ou des phlébo-thromboses ou des menaces de phlébo-thrombose.

Traitement anti-coagulant préventif -

- Cinq malades ont reçu un traitement anti-coagulant préventif du 3ème au 10ème jour en moyenne, soit 10%.

ERNIES INGUINALES ETRANGLEES - (tableau nº1)

Ce groupe de 22 malades est composé de 18 Hommes et 4 femmes dont l'âge varie entre 65 et 91 ans (âge moyen 78 ans)

Quatre malades ont été récusés il s'agissait :

- d'une femme de 89 ans porteuse d'une hernie étranglée et entrée en tableau de subocclusion. L'abstention fut dictée par l'âge et l'état général très déficient. On pratiqua une réduction manuelle et un traitement médical fut institué. La malade est décédée le 9ème jour subitement.

- de trois hommes âgés de 70,82 et 90 ans chez qui la réduction manuelle a été possible et pour lesquels l'âge et l'état général ont fait récuser une cure chirurgicale. Hospitalisés de 3 à 7 jours ils sont sortis en bon état.

Deux malades, un homme de 81 ans et une femme de 91 ans ont été opérés sous anesthésie locale. Dans les deux cas l'âge est à l'origine du choix.

- Contenu du sac et état du contenu -

Dans 12 cas le sac contenait une ou plusieurs anses

/...

grêle. Dans 4 cas l'intestin était violacé ou noir mais est bien revenu sous éther et n'a pas nécessité de résection.

- Complications - Décès -

Cinq malades eurent des suites opératoires compliquées. Il s'agissait dans 4 cas de menaces de phlébo-thromboses pour lesquelles fut institué un traitement anticoagulant et dans un cas de défaillance cardiaque ayant entraîné la mort 4 heures après l'intervention chez un homme de 67 ans.

Le second décès est survenu chez un homme de 87 ans qui présentait une hernie avec intestin étranglé mais sain. Les suites opératoires furent très simples mais le malade est décédé chez lui 15 jours après sa sortie, soit 25 jours après l'intervention, d'embolie pulmonaire.

NIES CRURALES NON ETRANGLEES (Tableau nº1) -

Nous relevons seulement 3 cas de hernies crurales simples soit 20 % de ce type de hernies.

A noter que deux malades ont reçu un traitement anticoagulant préventif du 5º-15º jour.

NIES CRURALES ETRANGLEES (Tableau nº1)

Ce groupe de 15 malades est composé de 14 femmes et d'1 homme dont l'âge varie entre 66 et 86 ans (âge moyen 72 ans).

Dans deux cas l'anesthésie locale fut préférée, en raison d'une contre-indication cardiaque chez une femme de 70 ans et d'un mauvais état général chez une femme de 79 ans.

- Contenu du sac et état du contenu -

Dans 8 cas le sac contenait une anse grêle. Dans 4 cas l'état du grêle justifiait une résection, qui a été pratiquée dans 3 cas. Dans le quatrième cas, une femme de 86 ans, l'état général interdisait cette résection. Or il s'agit du seul décès survenu.

Dans 2 cas le sac contenait l'appendice, sphacélé dans 1 cas.

- Complication - Décès

Deux malades eurent des suites compliquées. La

/...

T A B L E A U Nº 1

HERNIES INGUINALES ET CRURALES.

	Total	Opérés	Date Moyenne Intervent.	Anesthésie Générale	Complicat.	Decès	Etat Satisfaisant à la sortie	Temps Hopital Moyen
H. Inguinales non étranglées	52	50	3º jour	48	7	1	49	16 jours
H. Inguinales etranglées	22	18	—	16	5	2	16	13 jours
H. crurales non étranglées	3	3	3º jour	3	0	0	3	16 jours
H. crurales étranglées	15	15	—	13	2	1	14	16 jours
TOTAL En Nbre	92	86	—	80	14	4	82	—
TOTAL En %	90,2	93,4	—	93	16,3	4,6	95,3	

première âgée de 70 ans a présenté une thrombose du membre inférieur ayant nécessité un traitement anticoagulant du 10º au 22º jour. La seconde âgée de 86 ans et dont l'état général avait interdit la résection intestinale, a présenté dans les suites immédiates des troubles digestifs (ballonnement) et des troubles cardiaques (tachyarythmie) ayant entraîné la mort 7 jours après l'intervention.

- Traitement anticoagulant préventif -

Deux malades ont recu un traitement anticoagulant préventif soit 13,3 %.

RES HERNIES ET EVENTRATIONS (Tableau nº 2)

Les 10 malades formant ce groupe se répartissent en 3 hommes et 7 femmes âgés de 65 à 78 ans (âge moyen 71 ans).

Tous les malades ont été opérés et la date de leur intervention varie entre le 1er et le 5º jour.

L'anesthésie locale fut utilisée chez un homme de 68 ans présentant une hernie ombilicale étranglée, ceci en raison d'une contre-indication cardiaque.

- Contenu du sac et état du contenu -

Dans les 5 cas d'étranglement il ne s'agissait que d'intestin grêle sain ou d'épiploon sphacélé, réséqué. A noter que sur ces 5 hernies étranglées, 2 étaient des hernies obturatrices dont le diagnostic fut posé avant l'intervention.

- Complications - Décès -

Dans 2 cas (éventrations sus et sous ombilicales) les suites furent compliquées d'accident de phlébo-thrombose : simple menace dans un cas, une femme de 70 ans, thrombose du membre inférieur suivi d'infarctus pulmonaire dans l'autre cas une femme de 78 ans, et ce malgré le traitement anticoagulant Ces complications expliquent le temps d'hospitalisation particulièrement long de ces deux malades.

La troisième complication s'est soldée par un décès quelques semaines après la sortie. Il s'agissait d'une femme de 75 ans opérée pour hernie obturatrice étranglée. Cette malade

/...

T A B L E A U Nº 2

		TOTAL	Etrangl.	Opérés	Anesthésie Générale	Complic.	Décès	Etat satisfaisant à la sortie	Temps Hopital Moyen
H. EPIGASTRIQUES		4	0	4	4	0	0	4	15 jours
H. OMBILICALES		2	2	2	1	0	0	2	16 jours
H. OBTURATRICES		2	2	2	2	1	1	1	16 jours
EVENTRATIONS		2	1	2	2	2	0	1	34 jours
TOTAL	EnNNbre	10	5	10	9	3	1	8	—
	En %	9,8	50	100	90	30	10	80	

avait un état général tellement déficient avant l'intervention que le médecin traitant avait hésité à la faire opérer. Elle a quitté la clinique le 15º jour à la demande de la famille, en assez mauvais état général et a présenté par la suite escarres et suppuration qui ont abouti à la mort un mois après la sortie.

HERNIES ET EVENTRATIONS ETRANGLEES ET NON ETRANGLEES

Au total

Total 102	En Nombre	en %
RECUSES	6	5,9
ANESTHESIE LOCALE	7	6,8
Tt ANTICOAGULANT PREVENTIF	15	14,7
COMPLICATIONS	17	16,6
DECES	5	4,9

/...

/C H I R U R G I E D I G E S T I V E/

AFFECTIONS OESOPHAGIENNES ET GASTRO-DUODENALES.

Répartition en fonction du sexe et de l'âge.

AGES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
65 - 69 ans	15	10	25
70 - 74 ans	15	5	20
75 - 79 ans	2	3	5
80 - 84 ans	1	1	2
85 et au-dessus	1		1
	34	19	53

Répartition des affections oesophagiennes et gastro-duodénales en fonction de l'âge des malades.

	ULCERES GASTRO DUODENAUX	CANCERS GASTRIQUES	DIVERS
65 - 69 ans	11	13	1
70 - 74 ans	4	11	5
75 - 79 ans	2	3	0
80 - 84 ans	0	2	0
85 et au-dessus	0	1	0
TOTAL en Nbre	17	30	6
en %	32	56,6	11,4

/...

EGAOESOPHAGES - (tableau nº 3)

Les deux observations de mégaoesophage que nous avons trouvé concernent deux femmes âgées de 71 et 74 ans chez qui fut pratiqué une opération de Heller. Les suites furent très simples et les deux malades sont sorties en état très satisfaisant après 23 jours d'hospitalisation.

LCERES GASTRO-DUODENAUX (Tableau nº 3)

Ce groupe de 17 malades est composé de 13 hommes et 4 femmes dont le plus âgé des opérés à 75 ans (Age moyen 69 ans).

Une femme de 76 ans a été récusée. Cette malade présentait un gros ulcus probablement perforé dans le pancréas pour lequel fut décidé un essai de traitement médical. Les suites ne sont pas connues.

Répartition des ulcères en fonction de leur siège.

GASTRIQUES		DUODENAUX	
en Nbre	en %	En Nbre	en %
9	52	8	48

Répartition des ulcères en fonction de leur type.

TOTAL 17	PERFORES	HEMORRAGIQUES	STENOSANTS	AUTRES
En Nombre	4	2	6	5
En %	24 %	12 %	35 %	29 %

Répartition des ulcères en fonction de l'intervention pratiquée.

TOTAL 16	EPIPLOOPLASTIE= SUTURE	GASTRO-ENTEROSTOMIE	GASTRECTOMIE PARTIELLE
En Nbre	2	3	11
En %	12,5	18,5	69

/...

A noter qu'une malade âgée de 75 ans, hospitalisée pour hémorragie digestive a eu une gastrotomie large qui a permis de mettre en évidence l'ulcère pour lequel fut pratiqué une gastrectomie subtotale.

D'autre part, un homme de 76 ans chez qui le diagnostic clinique et opératoire était celui d'une tumeur, qui s'est avérée impossible à extraire lors de l'intervention, a eu une gastro-entérostomie avec cholécystogastrostomie et Dragstedt.

Or l'évolution clinique a montré qu'il ne devait s'agir que d'une simple réaction inflammatoire, d'un énorme ulcus duodénal, car depuis sept ans le malade va très bien.

Complications - Décès -

TOTAL 4	PHLEBO-THROMBOSES	PULMONAIRES	CARDIAQUES	PAROI
En Nbre	1	1	1 décédé	1

Phlébo-thrombose -

- un homme de 65 ans gastrectomisé a présenté des signes cliniques discrets en faveur d'une phlébo-thrombose et qui ont justifié un traitement anticoagulant du 9ème au 15ème jour.

Pulmonaire -

- un homme de 65 ans gastrectomisé a eu des complications pulmonaires à type de congestion avec réaction pleurale. Ce malade a bien réagi au traitement et son état à la sortie était satisfaisant.

Paroi -

- un homme de 68 ans gastrectomisé a vu son hospitalisation prolongée par un hématome suppuré profond.

Cardiaque -

- le seul décès survenu dans ce groupe de malade est dû à une défaillance cardiaque rapide, le lendemain de l'intervention chez une femme de 66 ans ayant subi une gastrectomie subtotale

/...

T A B L E A U Nº3

AFFECTIONS OESOPHAGIENNES ET GASTRO-DUODENALES.

		Total	Opérés	Date Moyenne Intervent.	Anesthésie Générale	Complicat.	Décès	Etat satisfaisant à la sortie	Temps Hôpital Moyen
MEGAOESOPHAGES		2	2	10º jour	2	0	0	2	23 Jours
ULCERES GASTRO-DUODENAUX		17	16	5º jour	16	4	1	14	24 jours
CANCERS GASTRIQUES		30	28	7º jour	28	9	4	18	26 jours
DIVERS		4	4	---	4	1	1	2	---
TOTAL	En Nbre	53	50	---	50	14	6	36	---
	En %		94,3		100	28	12	72	

La date moyenne de l'intervention est calculée en dehors des urgences

pour ulcus gastrique avec sténose médio-gastrique. L'électrocardiogramme de cette malade était normal et ne contre-indiquait pas l'intervention.

Les quatre complications sont donc apparues chez des malades ayant subi une gastrectomie partielle.

Par ailleurs sur ces 17 malades, 2 ont reçu un traitement anticoagulant préventif compte tenu du terrain (mauvaises jambes, troubles circulatoires).

CERS GASTRIQUES - (Tableau nº 3)

Ce groupe de 30 malades est composé de 18 hommes et 12 femmes. Le plus vieux des opérés a 84 ans (Age moyen 71 ans).

Deux malades ont été récusés soit 7 %. Chez tous deux le diagnostic de cancer de l'estomac est un diagnostic de présomption puisqu'il n'a pu être confirmé histologiquement, contrairement à tous les cas opérés.

Il s'agissait :

- d'un homme de 86 ans hospitalisé pour hématémèse avec forte suspicion de cancer. L'intervention a été refusée étant donné le risque chez ce malade gras et pléthorique. Il a refait, quelques mois plus tard, une hémorragie digestive mais les suites ne sont pas connues.
- d'une femme de 80 ans hospitalisée pour melaena. L'examen met en évidence un cancer de l'estomac mais l'électrocardiogramme contre-indique l'intervention (Myocardite sévère).

Répartition en fonction de l'intervention pratiquée.

TOTAL 28	EXPLORATRICE ABSTENTION	GASTROSTOMIE	GASTRO ENTEROSTOMIE	GASTRECTOMIE PARTIELLE	GASTRECTOMIE TOTALE
En Nbre	6	1	3	12	6
En %	21,4	3,6	10,7	42,9	21,4

/...

Complications - Décès -

Complications

TOTAL 9	PHLEBO THROMBOSES (menaces)	DESEQUILIBRE BIOLOGIQUE	LACHAGE	CACHEXIE
En Nbre	5	1	2	1
En % sur 28	17,8	3,6	7,2	3,6

D é c è s

TOTAL 4	DEFAILLANCE CARDIAQUE	LACHAGE	AGGRAVATION MALADIE (cancer)
En Nbre	1	2	1

- Défaillance cardiaque -

Il s'agit d'un homme de 70 ans ayant subi une gastrectomie partielle malgré un très mauvais état général et une cardiopathie. Les suites furent compliquées de phlébo-thrombose discrète. Sorti à la demande de sa famille au 28ème jour, le malade est décédé quelques jours plus tard à son domicile de défaillance cardiaque.

- Lachâges

Nous relevons deux lachâges ayant entraîné tous deux le décès. Le premier chez une femme de 65 ans ayant subi une gastrectomie totale pour cancer gastrique étendu. Les suites furent simples pendant 11 jours. Au 12ème jour, température, pleurésie purulente, lachâge. Malgré un drainage aspiratif et une jéjunostomie, la malade est décédée deux mois plus tard.

Le second chez un homme de 69 ans hospitalisé pour cancer ulcéré hémorragique. Intervention faite par voie abdominale. Le siège de la tumeur eut nécessité de passer par voie thoracique mais l'état du malade l'interdit. Le malade est décédé par lachâge le 7ème jour.

/...

- Aggravation de la maladie - cachexie -

Ce dernier cas n'est pas imputable à l'intervention mais bien à l'évolution de la maladie. Il s'agit d'une femme de 68 ans présentant une tumeur haute de l'estomac, pour laquelle on fit une thoracolaparostomie qui a montré qu'il n'y avait rien à faire. La malade eut alors une jéjunostomie d'alimentation. Le décès est survenu le 49ème jour de l'hospitalisation par cachexie.

ERS -

Les 4 malades classés sous cette rubrique sont :

- une sténose du pylore chez un cholécystectomisé âgé de 73 ans pour laquelle on fit une gastro-entérostomie dont les suites furent simples.
- un large diverticule duodénal chez une femme âgée de 72 ans, traité par résection et suture avec des suites très simples.
- deux hémorragies digestives chez deux hommes cirrhotiques âgés respectivement de 65 et 72 ans. Tous deux suspectés d'ulcus ont eu une gastrostomie large. Le premier est décédé 5 jours après l'intervention d'hémorragie.

AU TOTAL - AFFECTIONS GASTRO-DUODENALES

	AFFECTIONS BENIGNES	AFFECTIONS MALIGNES
RECUSES	4,8 %	6,7 %
ANESTHESIE LOCALE	---	---
COMPLICATIONS	20 %	32,1 %
DECES	10 %	14,3 %

Ce tableau montre à quel point la chirurgie du cancer est grèvée de complications et de décès par rapport à la chirurgie des affections benignes qui, ici, présente déjà un bilan assez lourd compte tenu qu'il s'agit en grande majorité d'urgences

/...

AFFECTIONS INTESTINALES

Répartition en fonction de l'âge des malades

	♂	♀	TOTAL
65 - 69 ans	14	25	39
70 - 74 ans	14	11	25
75 - 79 ans	10	8	18
80 - 84 ans	2	2	4
85 ans et au-dessus	2	1	3
TOTAL	42	47	89

Dans ce tableau ne figurent pas les malades ayant subi des interventions mineures et ceux hospitalisés pour des affections qui n'ont pas nécessité d'intervention.

ENDICITES et PERITONITES APPENDICULAIRES

Total	Opérés	Anesthésie Générale	Complicat.	Décès	Etat satisfaisant à la sortie	Temps hopital Moyen
22	21	21	4	3	19	17 jours
	95,5%	100 %	19 %	14 %	86,5 %	--

/...

Sur les 22 malades formant ce groupe les deux sexes sont également représentés : le plus âgé des opérés a 86 ans (âge moyen 71 ans).

A noter que dans deux cas le diagnostic d'appendicite est un diagnostic de présomption étant donné qu'un malade n'a pas été opéré et qu'un autre est décédé au départ de l'anesthésie.

- Non opéré

Un malade âgé de 75 ans, chez qui l'état général très mauvais interdisait toute intervention, a été traité par antibiotiques (1951), glace et aspiration. Hospitalisé 12 jours, sorti état satisfaisant.

- Classification en fonction de l'état de l'appendice et du péritoine, ainsi que des conditions de fermeture.

TOTAL 21	APPENDICITE AIGUES	PERITOINES APPENDICULAIRE	MECHEES
En Nbre	12	3	12
En %	57	14	80

- Complications

Différentes causes de complications

Total 4	Phlébo-thromboses	Troubles du transit	Cachexie
En Nbre	2	1	1

- Phlébo-thromboses

- Dans un cas il s'agit d'une menace de phlébo-thrombose avec signes discrets ayant nécessité un traitement anticoagulant du 5ème au 15ème jour.
- Dans le deuxième cas il s'agit d'une embolie pulmonaire survenue chez un homme de 76 ans opéré pour appendicite aiguë avec occlusion fébrile. Dans les suites immédiates le malade a présenté des signes de subocclusion et le 5ème jour une embolie pulmonaire subite ayant provoqué le décès.

/...

- Troubles du transit

- un malade de 78 ans opéré pour appendicite subaiguë a eu des suites difficiles avec ballonnement. Mis en aspiration tout est rentré dans l'ordre et son état était satisfaisant à la sortie.

- Cachexie

- chez une femme de 81 ans opérée malgré un très mauvais état général. Appendicectomie simple. Dans les suites, déséquilibre biologique, cachexie et mort le 21 ème jour après l'intervention.

- Décès

- Deux décès sont les suites de complications post-opératoires déjà mentionnées :
  - embolie pulmonaire
  - déséquilibre biologique - cachexie
- le troisième est un accident d'anesthésie. Il s'agit d'une femme de 75 ans décédée au départ de l'anesthésie.

Traitement anticoagulant préventif -

Trois malades ont reçu un traitement anticoagulant préventif du 3ème au 10ème jour en moyenne.

CTIONS BENIGNES DU GRELE - (Tableau nº 4)

Nous ne relevons que 4 malades (3 hommes et 1 femme) hospitalisés pour ce type d'affections. Le plus âgé des opérés a 85 ans (Age moyen 72 ans).

Il s'agit dans les 4 cas d'acclusion, deux par volvulus, une par brèche épiplooïque et la dernière par anse fixée et coudée.

Les deux volvulus sont survenus chez un homme de 85 ans et une femme de 67 ans. Dans le premier cas l'intestin était sain, dans le second il était sphacélé et on a dû le réséquer. Ces deux malades eurent des suites très simples et sont sortis en bon état.

Dans le cas d'occlusion par brèche épiplooïque l'intestin était abîmé mais étant donné l'état général de cet homme de 71 ans on s'est contenté d'une résection épiplooïque. Il

s'agissait, en effet, d'une occlusion vieille de 5 jours à son arrivée en milieu chirurgical. Les examens pré-opératoires montrèrent des troubles du rythme (tachyarythmie) et surtout une urée de 4,50 g.
Après mise en aspiration pendant 8 jours et essai de rééquilibration rapide on est intervenu. Les suites opératoires furent relativement simples tout au plus faut-il noter une menace de phlébite le 10ème jour. Le malade est sorti le 17ème jour en état satisfaisant.

Enfin un homme de 65 ans a présenté une occlusion du grêle par anse fixée et coudée, pour laquelle une simple libération a suffit. Les suites furent d'abord normales puis au 10ème jour subocclusion avec ballonnement traitée par aspiration pendant 4 jours. A sa sortie, autorisée le 20ème jour, le malade était en bon état.

ECTIONS BENIGNES DU COLON ET DU SIGMOIDE - (Tableau nº 4)

Ce groupe de 11 malades est formé de 6 hommes et 5 femmes le plus âgé des opérés a 80 ans (Age moyen 69 ans).

Un malade âgé de 72 ans atteint de sténose du sigmoïde a été opéré sous anesthésie locale étant donné le terrain (sénile, scléreux, parkinsonnien). Il a subi une simple colostomie palliative mais est décédé 6 jours après l'intervention d'un accident vasculaire cérébral.

Interventions -

Dans 4 cas l'intervention a consisté en une simple libération d'adhérences ou détorsion d'anse saine. Ce sont :

- adhérences du côlon	1 cas
- coudure du transverse	1 cas
- volvulus du sigmoïde	2 cas

Cinq malades atteints de colite diverticulaire ont subi une colectomie segmentaire avec colostomie en amont dans 4 cas. Dans 1 cas, une malade de 65 ans, la colectomie a été associée à une hystérectomie totale. Le diagnostic clinique et opératoire était en effet un diagnostic de cancer. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une sigmoïdite.

Un malade, déjà mentionné atteint de sténose du sigmoïde a eu une colostomie palliative.

Enfin, un malade âgé de 68 ans opéré pour tumeur caecale a eu une simple caecostomie exploratrice qui n'a rien

/...

T A B L E A U Nº 4

AFFECTIONS BENIGNES INTESTINALES.
(à part les appendicites)

Affections Benignes	Total	Opérés	Date Moyenne Intervent.	Anesthésie Générale	Complicat.	Décès	Etat satisfaisant à la sortie	Temps Hospital. Moyen
Du GRELE	4	4	—	4	2	0	4	20 j.
Du COLON et du SIGMOIDE	11	11	5º jours	10	3	1	10	25 j.
Du RECTUM	4	4	3º jour	4	2	1	3	18 j.
TOTAL en NBre	19	19	—	18	7	2	17	—
TOTAL EN %	20,4	100	—	94,7	36,8	10,5	89,5	—

montré.

- Complications - Décès

- Phlébo-thromboses

Nous relevons deux cas de ce type de complications. Dans le premier ce ne sont que des signes discrets, dans le second, il s'agit d'une phlébite survenue chez une femme de 65 ans ayant subi une colectomie avec hystérectomie pour suspicion de cancer du sigmoïde (en réalité sigmoïdite). A sa sortie le 29ème jour d'hospitalisation tout était rentré dans l'ordre.

- Accident vasculaire cérébral

Un malade (déjà vu plus haut) est décédé à la suite d'un ictus 6 jours après l'intervention compte tenu de ses antécédents ce malade n'avait eu qu'une colostomie palliative faite à l'anesthésie locale.

- Traitement anticoagulant préventif

Deux malades ont reçu un tel traitement étant donné le terrain.

CTIONS BENIGNES DU RECTUM - (Tableau nº 4)

Il s'agit de 4 femmes dont la plus âgée a 70 ans. (Age moyen 66 ans).

Trois des 4 malades présentaient une tumeur benigne du rectum et la quatrième un prolapsus rectal.

Les trois tumeurs bénignes furent traitées :

- dans un cas par ablation simple de la tumeur, le diagnostic de tumeur bénigne ayant été posé avant l'intervention,
- dans deux cas par résection colo-rectale, le diagnostic pré-opératoire étant incertain entre tumeur bénigne et tumeur maligne. Dans un cas l'intervention fut complètée par une hystérectomie totale.

Le seul prolapsus a subi une colorectopexie.

/...

- Complications - décès

- Fistule, chez une femme de 65 ans ayant eu une colectomie avec anastomose colo-rectale, complètée par une hystérectomie. Fistule survenue le 7ème jour avec début d'occlusion le 9ème, ayant nécessité une colostomie en amont. Hospitalisée 90 jours, la malade est sortie en état satisfaisant.

- Péritonite par lâchage le 5ème jour chez une femme de 65 ans ayant subi une colectomie. A la réintervention on trouve un foyer myo-stercoral pelvien. L'anastomose ne semble pas avoir lâché. S'agit-il d'un point perforant de péritonisation, ou quand même d'un abcès à point de départ sur l'anastomose ?

- Traitement anticoagulant préventif

1 malade (Prolapsus rectal) a reçu un traitement anticoagulant préventif du 3ème au 6ème jour.

ANCERS DU COLON - (Tableau nº 5)

Sur les 18 malades hospitalisés pour cancer du côlon, nous relevons 10 hommes et 8 femmes. Le plus âgé du groupe a 81 ans, le plus âgé des opérés 79 ans. (Age moyen 72 ans).

Localisation du cancer -

COLON DROIT	COLON TRANSVERSE	COLON GAUCHE
7	2	9
39 %	11 %	50 %

Malades non opérés -

Trois malades furent récusés. Il s'agissait :

- d'une femme de 77 ans atteinte d'un cancer du côlon droit, cachectique et inopérable.

/...

- d'une femme de 81 ans, hospitalisée pour douleurs abdominales vraisemblablement dues à un cancer du côlon. Devant le très mauvais état général de cette malade on a préféré s'abstenir.

- enfin, d'une femme de 77 ans présentant un cancer du côlon mais dont létat général est déplorable. Chez cette malade les investigations sont très difficiles et toutesintervention impossible à envisager car la malade ne peut garder une position couchée sans étouffer.

Interventions -

- Colostomies palliatives	3	
- Dérivations palliatives	3	
- Colectomie segmentaire	8	(2 après colostomie provisoire)
- Exploratrice	1	

Complications - Décès

- Défaillance cardiaque	1	décédé	1
- syndrome cardio-rénal	2	décédé	1
- Thrombose membre inferieur	2		
- Cachexie, déficience générale	3	décédés	3
- Fistule	1		

- Défaillance cardiaque :

Il s'agit d'un homme de 76 ans, entré en occlusion par cancer du côlon transverse. L'électrocardiogramme révèle une coronarite. L'intervention comprend une résection colique large,avec colostomie en amont. Le malade meurt le soir même de défaillance cardiaque.

- Syndrome cardio-rénal :

Deux malades ont présenté des complications de ce type. Il s'agit :
d'une femme de 72 ans hospitalisée pour cancer du côlon gauche et porteuse d'un diabète très difficile à équilibrer. Cette malade a eu une colectomie segmentaire avec rétablissement de la continuité et colostomie en amont. Dans les suites immédiates apparaissent, oedèmes, hémorragies de paroi, dégradation de l'état général et décès le 16ème jour après l'intervention.

/...

d'un homme de 73 ans hospitalisé pour occlusion par cancer du côlon droit. On essai une préparation par aspiration mais la majoration des signes d'occlusion oblige à intervenir le 9ème jour. Les suites sont difficiles avec déséquilibre biologique, oedèmes dus à un syndrome cardio-rénal. Le malade sort le 29ème jour d'hospitalisation dans un état médiocre.

- Thrombose du membre inférieur :

Deux malades ont eu des complications de ce type. Il s'agit :
- d'une femme de 74 ans entrée pour cancer du côlon gauche traité par hémicolectomie. Les suites furent normales du côté abdominal mais la malade a fait une phlébite du membre inférieur le 5ème jour après l'intervention.
- d'une femme de 76 ans entrée pour cancer du côlon droit, traité par hémicolectomie. Trois jours après l'intervention début de phlébite du membre inférieur.
Dans ces deux cas tout est rentré dans l'ordre sous l'influence du traitement anticoagulant.

- Cachexie, déficience générale :

Chez les trois malades ayant présenté ce type de complications, l'aboutissement a été le décès. Mais dans ces trois cas, le décès ne peut être imputé à l'intervention. En effet :
- le premier un homme de 72 ans avait une occlusion du côlon pelvien par une énorme masse cancéreuse. Dans ces conditions on s'est contenté d'une simple colostomie palliative. Dans les suites le malade eut une amélioration passagère puis devint cachectique. Il est décédé le 32ème jour d'hospitalisation.
- le second, un homme de 77 ans présentait une occlusion par cancer du caecum avec perforation caecale. Etant donné le contexte clinique et chirurgical on a simplement mis une sonde intestinale et un drainage par mèches. Le malade est décédé 3 jours après l'intervention, ce qui confirme le fait qu'il était inopérable.
- le troisième et dernier, un homme de 70 ans avait un cancer du côlon droit et des antécédents de cirrhose. Après 5 jours de préparation on lui fit une dérivation palliative (anastomose iléo-transverse par bouton de Murphy). Les suites furent simples du côté

/...

abdominal mais très rapidement le malade fit une déficience générale, avec troubles biologiques et décès le 8ème jour après l'intervention.

- Fistulisation anastomose :

Il s'agit, ici, d'une femme de 73 ans hospitalisée pour un cancer du côlon gauche. Dans un premier temps (3ème jour) on fit une colostomie transverse, puis dans un deuxième temps (90ème jour) une colectomie gauche avec rétablissement de la continuité. Dans les suites il se produisit une fistulisation de l'anastomose. Tout s'est arrangé et la malade est sortie au 170ème jour d'hospitalisation en bon état.

- Traitement anticoagulant préventif :

Un malade reçut un traitement anticoagulant préventif.

CERS RECTO-SIGMOIDE ET ANUS - (Tableau nº 5)

Cette catégorie comporte 20 malades où les deux sexes ont une représentation égale. Le plus âgé a 82 ans. (Age moyen 71 ans).

- Siège du cancer :

RECTO-SIGMOIDE	AMPULLAIRE HAUT	AMPULLAIRE BAS	ANUS
6	5	8	1
30 %	25 %	40 %	5 %

Non opéré :

- un malade âgé de 78 ans, hospitalisé pour cancer du rectum (ampullaire haut) a été déclaré inopérable. Il présentait, en effet, une cardiopathie sévère et un état général déplorable.

Choix de l'anesthésie :

- un malade a été opéré sous anesthésie-locale. Il s'agissait d'une femme de 65 ans atteinte de cancer du rectum

/...

T A B L E A U Nº 5

AFFECTIONS CANCEREUSES DU COLON.

RECTO-SIGMOIDE, ANUS et PERITOINE.

	TOTAL	OPERES.	Date Moyenne Intervent.	Anesthésie Générale	Complicat.	Décès	Etat satisfaisant à la sortie	Temps Hopital Moyen
CANCERS DU COLON	18	15	5ºjour	15	9	5	9	35 jours
CANCER RECTO-SIGMOIDE ET ANUS	20	19	7ºjour	18	3	1	14	38 jours
CARCINOSE PERITONEALE	10	8	3ºjour	8	4	2	--	20 jours
TOTAL En Nbre	48	42	--	41	16	8	--	---
TOTAL En %		87,5		97,6	38,1	19		

avec métastase hépatique, pour lequel on fit une simple colostomie palliative.

Interventions -

	Recto Sigmoïde	Ampullaire Haut	Ampullaire Bas	Anus	Total
Colostomie palliative	3 (1)	2 (2)	3	1	9
Colectomie avec conservation	3	1	--	--	4
Amputation + colostomie	--	1	5	--	6
Hystérectomie associée	--	1	1	--	2

(1) Etant donné l'envahissement 2 cas, ou les signes infectieux 1 cas.
(2) Etant donné l'envahissement 1 cas, ou l'état général 1 cas.

Complications -

- Phlébothrombose
  Apparue chez une femme de 65 ans atteinte d'un cancer du rectum avec métastase hépatique traité par simple colostomie palliative sous anesthésie locale. Le 14ème jour après l'intervention la malade a présenté des signes discrets de phlébo-thrombose du membre inférieur pour lesquels elle a reçu un traitement anticoagulant du 14ème au 31ème jour. A sa sortie après 88 jours d'hospitalisation cette malade allait bien.

- Eventration
  Survenue au 9ème jour chez un homme de 72 ans présentant un cancer recto-sigmoïdien pour lequel on fit une colectomie sigmoïdo-rectale. A sa sortie après 40 jours d'hospitalisation ce malade avait un état satisfaisant.

/...

Décès -

Il s'agit dans ce cas d'une femme de 79 ans, atteinte d'un cancer recto-sigmoïdien. Cette malade est entrée avec un tableau d'occlusion et un tel état général qu'elle fut déclarée "intouchable". Après rééquilibration et aspiration pendant 7 jours on s'est décidé à intervenir et on a trouvé une péritonite généralisée à point de départ d'un cancer recto-sigmoïdien infecté. La malade eut alors une colostomie palliative et un drainage par mèches, mais est décédée le lendemain.

ARCINOSE PERITONEALE - (Tableau nº 5)

Ce groupe de 10 malades atteints de carcinose péritonéale est formé de 3 hommes et 7 femmes. Le plus âgé des opérés a 85 ans (Age moyen 71 ans).

Parmi ces 10 malades, 8 furent opérés et nous trouvons dans le tableau suivant les raisons de la laparotomie exploratrice.

Occlusion ou subocclusion	3
Etat de choc	1
Tentative d'intervention palliative	4
malades non opérés	2

Sur les 4 complications post-opératoires nous relevons

- deux phlébo-thromboses,
- deux aggravations de l'état, causes des 2 décès.

NTERVENTIONS MINEURES -

Nous avons groupé ici les interventions telles que :

- les ablations d'hémorroïdes 4 cas
- les ablations d'un polype anal 3 cas

Ainsi que les interventions complètant celles déjà vues au chapitre des affections intestinales et que nous n'avons fait que citer au passage, il s'agit :

/...

- des colostomies (au cours des interventions en deux temps) ..... 4 cas
- des fermetures de colostomies provisoires .....9 cas
- des reprises de colostomies .....3 cas
- des jéjunostomies alimentaires ..... 2 cas
- d'une exploration après péritonite ..... 1 cas
- d'une reprise de paroi après éventration ..... 1 cas

Ce qui porte à 27 le nombre de ces interventions, toutes faites sous anesthésie générale et n'ayant donné lieu à aucune complication. Mais sur ces 27 interventions, 20 sont des réinterventions.

I V E R S -

Sous cette rubrique, nous avons groupé des malades hospitalisés pour troubles digestifs et chez qui :

- soit tout est rentré dans l'ordre avec un traitement médical et que les différents examens n'ont rien montré de
- soit l'exploratrice a été récusée étant donné l'état général,
- soit le malade a refusé l'intervention.

Il s'agit donc dans tous les cas de malades non opérés.

Causes de l' Hospitalisation.	Total	Traitement médical rien à l'examen.	Exploratrice Récusée	Intervention refusée
Hematemèse	1	1	--	--
Hoelena	6	5	1	--
Rectorragies	1	1	--	--
Syndrome occlusif ou subocclusif	8	6	2	--
Syndrome abdominal aigu	2	1	--	1m

/...

AU TOTAL AFFECTIONS INTESTINALES

	Affections Benignes	Affections Malignes (1º)
RECUSES	2,4 %	10,5 %
ANESTHESIE LOCALE	2,5 %	--
COMPLICATIONS	27,5 %	35,3 %
DECES	12,5 %	17,6 %

(1) Carcinoses péritonéales non comprises.

Sur ce tableau on peut être particulièrement frappé par le pourcentage élevé de complications et de décès, aussi bien dans le cas des affections bénignes que dans celui des affections malignes.

En ce qui concerne les affections cancéreuses cela n'a rien d'étonnant quant aux affections bénignes, il faut en chercher l'explication dans le fait qu'il s'agit en grosse majorité d'urgences et nous aurons l'occasion de le revoir au chapitre qui leur est consacré.

0
0 0

AFFECTIONS BILIO-PANCREATIQUES

Répartition en fonction du sexe et de l'âge.

Ages / Sexes			Total
65 - 69 ans	12	43	55
70 - 74 ans	9	21	30
75 - 79 ans	1	8	9
80 - 84 ans		2	2
85 ans et au dessus	1	2	3
TOTAL	23	76	99

AFFECTIONS BEGNINES

- CHOLECYSTITES AIGUËS - (tableau nº 6)

Sur les 37 malades hospitalisés pour cholécystite aiguë, nous retrouvons la classique prédominance du sexe feminin avec 31 femmes soit 83,8 %. Parmi les opérés la plus âgée a 83 ans (Age moyen 71 ans).

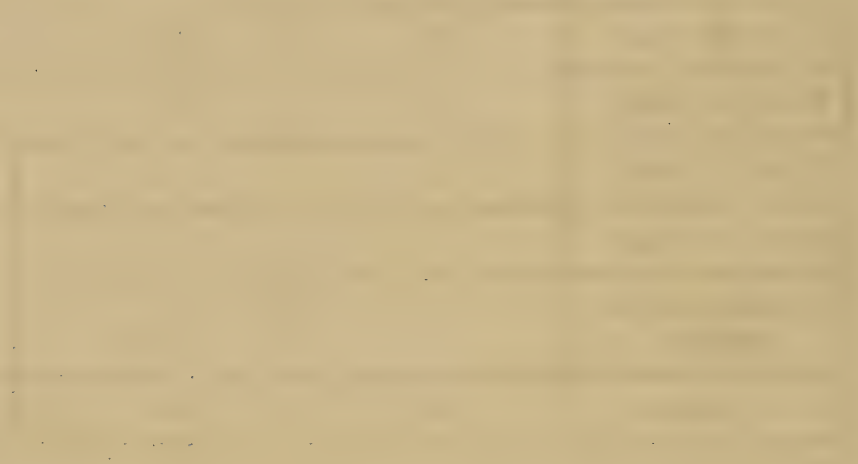
Quatre malades ont été récusés :

- Deux en raison de leur âge : 91 ans.
- Une malade de 79 ans en raison d'un très mauvais état général
- Une malade de 67 ans atteinte de coronarite et chez qui le diagnostic est incertain avec celui de pancréatite.

Une malade âgée de 65 ans récusée temporairement et mise à un traitement médical n'a pas été revue.

Etant donné la diversité du risque opératoire suivant l'intervention pratiquée, il nous a paru intéressant de faire l'étude des suites opératoires en fonction de ces interventions.

/...



La répartition d'après l'importance de l'acte opératoire est donnée par le tableau suivant :

Cholécystostomies	3	9,4 %
Cholécystectomies Simples	18	56,2 %
Cholécystectomies avec cholédocotomie	11 (1)	34,4 %

(1) dont une avec Papillotomie.

Traitement anticoagulant préventif

Enfin relevons que 4 malades ont reçu un traitement anticoagulant préventif.

A - CHOLECYSTOSTOMIE -

Il s'agissait de trois malades âgés respectivement de 71, 73 et 85 ans, chez qui l'état général ne permettait pas une intervention plus importante.

Tous ont été opérés d'urgence le premier jour et dans deux des cas le diagnostic clinique était hésitant entre cholécystite et appendicite aiguë.

Suites -
Dans 1 cas les suites furent simples.
Un malade a présenté quelques signes cliniques discrets en faveur d'une thrombose ayant nécessité un traitement anticoagulant du 4ème au 10ème jour.
Enfin le 3ème malade, âgé de 85 ans, est décédé quelques heures après de collapsus à mettre au compte du choc opératoire et de l'état général.

B - CHOLECYSTECTOMIE SIMPLE -

Total	date Moyenne	anesthesie Générale	compli-cations	décès	Etat satisfais. à la sor-tie	temps Hospital. Moyen
18	3ème Jour	18	4	0	16	19 jours
56,3%	-----	100%	22,2%	--	88,9%	---

Sur les 4 complications survenues chez des malades ayant subi une cholécystectomie simple nous trouvons :

- une menace de phlébo-thrombose,
- une fuite biliaire les 3 premiers jours,
- une hémorragie pariétale sans anticoagulant,
- un déséquilibre biologique.

Décès -

Nous ne relevons aucun décès chez ces malades opérés par cholécystectomies simples et pratiquées d'urgence.

Par ailleurs, il faut noter qu'une malade âgée de 72 ans avait eu un électrocardiogramme 6 jours avant l'intervention, qui contre-indiquait formellement l'intervention. Malgré cette interdiction, et devant son état, l'intervention fut décidée et tout s'est bien passé.

C - CHOLECYSTECTOMIE avec CHOLEDOCOTOMIE et PAPILLOTOMIE (1)

(1) dans un cas.

Tous les malades opérés pour cholécystite ont eu une vérification radio-manométrique per-opératoire de leur voie biliaire principale, sauf dans deux cas de pyocholécyste.

Or, sur les 29 malades ayant subi une cholécystectomie la vérification de la V.BP a montré dans 8 cas la présence de calculs dans le cholédoque et dans 3 cas l'absence de passage sans calculs. Dans deux cas (sur les 3) la papillotomie a été décidée et :

- abandonnée dans 1 cas à la demande de l'anesthésiste,
- faite, dans l'autre cas, chez une malade de 69 ans pour qui les suites furent très simples.

Total	date moyenne de l'intervent.	Anesthesie Générale	Complications	Décès	état satisfais. à la sortie	temps Hospital. Moyen
11	3ème jour	11	2	0	10	29 jours
84,4%	---	100%	18,2%	---	91%	---

les 2 complications survenues sont deux embolies pulmonaires.

/...

T A B L E A U Nº 6

AFFECTIONS VESICULAIRES BENIGNES

	TOTAL	OPERES	Date Moyenne Intervent.	Anesthésie Générale	Complicat.	DECES	Etat satisfaisant à la sortie	Temps Hospital. Moyenne
CHOLECYSTITES AIGUES	37	32	3ème jour	32	7	1	26	24 jours
CHOLECYSTITES CHRONIQUES	20	18	5ème jour	18	3	0	17	24 jours
LITHIASES DU CHOLEDOQUE	13	13	7ème jour	13	1	0	12	28 jours
D I V E R S	5	3	—	3	1	1	3	—
T O T A L en Nbre	75	66	—	66	12	2	58	—
T O T A L en %	—	88	—	100	18	3	87,9	—

Dans les deux cas, il s'agit de malades âgées de 65 ans qui ont fait une embolie pulmonaire sans prodromes la première 4 jours après l'intervention et la deuxième 7 jours après, les deux embolies ont bien réagi au traitement médical.

Décès -

Nous ne relevons aucun décès chez les malades ayant subi une cholédocotomie associée à la cholécystectomie.

- CHOLECYSTITES CHRONIQUES - (Tableau nº 6)

Là encore sur les 20 malades hospitalisés pour cholécystite chronique la prédominance feminine est très nette avec 18 femmes soit 90 %. La plus âgée des opérés a 74 ans (Age moyen 69 ans).

Deux malades ont été récusées. (ce chiffre particulièrement bas s'explique par le fait que les malades récusés n'ont pas été hospitalisés).

- la première, âgée de 65 ans, en raison de son état général,
- la seconde âgée de 71 ans car elle présentait des tests hépatiques très perturbés et à qui l'on a conseillé un traitement médical préparatoire. La malade n'a pas été revue par la suite.

Le tableau récapitulatif suivant donne la répartition en fonction des interventions pratiquées :

Cholécystectomies simples	14	78 %
Cholécystectomies avec cholédocotomie	2	11 %
Cholécystectomie avec cholédocotomie et Papillotomie	2	11 %

Traitement anticoagulant préventif -

Deux malades ont reçu un tel traitement.

/...

A - CHOLECYSTECTOMIE SIMPLE -

Total	Date Moyenne	Anesthes. Générale	Compli-cations	Décès	Etat satisfais. à la sortie.	Temps Hospital. Moyenne
14	5ème jour	14	2	0	13	23 jours
77,7%	---	100%	14%	---	93 %	---

Les deux complications relevées chez les malades ayant subi une cholécystectomie simple pour cholécystite chronique, ne sont que des menaces de phlébo-thrombose ayant nécessité un traitement anticoagulant du 5ème au 15ème jour en moyenne.

B - CHOLECYSTECTOMIE AVEC CHOLEDOCOTOMIE et PAPILLOTOMIE (dans deux cas)

Comme pour les cholécystites aiguës tous les malades opérés ont eu une vérification radio-manométrique per-opératoire de la voie biliaire principale et la cholédocotomie et papillotomie indiquées en fonction du résultat de cet examen.

Dans tous ces cas le cholédoque ne présentait pas de calculs (ceux-ci seront vus au chapitre "lithiase cholédocienne") mais la voie biliaire principale n'était pas perméable. Dans 2 cas la papillotomie fut indiquée et pratiquée.

Total	Date Moyenne Intervent.	Anesthésie Générale	compli-cations	décès	Etat satisfais. à la sortie	Temps hospital. moyen
4	7ème jour	4	1	0	4	29 jours
22,2%	---	100 %	25 %	--	100%	--

Chez ces 4 malades la seule complication survenue est une simple menace de phlébo-thrombose.

/...

I - LITHIASE DU CHOLEDOQUE - (Tableau nº 6)

Dans ce groupe de 13 malades, nous trouvons 12 femmes soit 92,3%. La plus âgée a 76 ans (Age moyen 69 ans).

Intervention -

Tous ces malades ont subi une cholécystectomie avec cholédocotomie.

Complications -

Nous ne relevons qu'une complication et encore s'agit-il d'une simple menace de phlébo-thrombose ayant nécessité un traitement anticoagulant.

Traitement anticoagulant préventif -

Compte-tenu du terrain 1 malade a reçu un traitement anticoagulant préventif.

- D I V E R S -

Sous ce titre, nous avons groupé 5 malades atteints d'affections bilio-pancréatiques bénignes et qui sont :

- Un volvulus de la vésicule

Survenu chez une femme de 67 ans. On fit une cholécystectomie en urgence de sa vésicule sphacélée. Les suites furent simples et la malade sortit en bon état.

- un ictère

Apparu chez une femme de 69 ans pour lequel on fit une laparotomie exploratrice le 11ème jour. Il s'agissait, en fait, d'une cirrhose. Les suites proprement opératoires furent simples mais la malade est sortie en mauvais état général après 10 jours d'hospitalisation.

- une péritonite

par perforation cholécysto-duodénale vraisemblable, dont le début datait du jour même de l'intervention. Il s'agissait d'un homme de 70 ans en très mauvais état général. L'intervention a consisté en un simple drainage par mèches. Le malade est décédé quelques heures après.

/...

- Enfin dans deux cas, deux femmes âgées respectivement de 67 et 77 ans, le diagnostic est incertain entre cholécystite et appendicite. Le mauvais état général de ces malades interdit toute intervention et un traitement médical est institué. Hospitalisées 15 jours en moyenne ces deux malades sont sorties toutes deux en état satisfaisant.

AFFECTIONS MALIGNES

(Tableau nº 7)

- CANCER DU PANCREAS -

Contrairement au cas des cholécystites nous trouvons ici une représentation presque identique des deux sexes. Sur 7 malades, il y a en effet 4 hommes et 3 femmes. Le plus âgé a 77 ans (Age moyen 70 ans).

- Non opéré -

Un malade âgé de 72 ans a été récusé, étant donné un état général déplorable. Ce malade est d'ailleurs décédé subitement au 19ème jours d'hospitalisation.

- Choix de l'anesthésie -

Une malade âgée de 77 ans a été opérée sous anesthésie locale (cholécystostomie) car son état général et son coeur ne lui permettaient pas de faire les frais d'une anesthésie générale.

- Interventions pratiquées -

Cholécystostomie	2
Cholédoco-duodénostomie	2
Cholédoco-duodénostomie avec gastro-entérostomie	1
Laparotomie exploratrice	1

- Complications -

La seule complication, apparue chez ces malades opérés pour cancer du pancréas, est une fistule biliaire.

/...

T A B L E A U Nº 7

AFFECTIONS BILIO-PANCREATIQUES

CANCEREUSES

		TOTAL	OPIRES	Date Moyenne Intervent.	Anesthésie Générale	Complicat.	DECES	Etat satisfaisant à la sortie	Temps Hospital Moyenne
CANCER DU PANCREAS		7	6	5ème jour	5	1	0	2	23 jours
CANCER DE LA VESICULE ET CANCER de la VOIE BILIAIRE		7	6	6ème jour	6	4	2	3	28 jours
CANCER DU FOIE		5	4 Explcrat.	6ème jour	4	0	0	—	20 jours
TOTAL	En Nbre	19	16	—	15	5	2	—	—
	En %	84,2%	84,2 %		93,8	31,3	12,5	—	—

I - CANCER DE LA VESICULE ET CANCER DES VOIES BILIAIRES - (tableau nº 7)

Ce groupe de 7 malades est formé de 2 hommes et 5 femmes. Le plus âgé a 78 ans (Age moyen 72 ans).

Non opéré :

Une malade âgée de 74 ans, présentant probablement un cancer du cholédoque, n'a pas été opérée.

Interventions pratiquées -

Cholécystectomie simple	2
Cholécystectomie avec cholédocotomie	1
Hépatico-duodénostomie	2
Laparotomie exploratrice	1

Complications -

Fistule	1
Hyperthermie - cachexie aggravation de la maladie	3

Décès -

Il s'agissait de 2 cancers de la voie biliaire principale chez des hommes âgés respectivement de 70 et 73 ans. L'intervention (hépatico-duodénostomie) s'est bien passée mais lesmalades sont décédés par aggravation de la maladie.

II - CANCER DU FOIE - (tableau nº 7)

Dans 5 cas l'intervention exploratrice a mis en éviden ce un cancer du foie.

Dans 2 cas le diagnostic pré-opératoire était en faveur d'une cholécystite et dans 2 autres cas d'une tumeur sous hépatique.

/...

Un malade a reçu un traitement médical car le diagnostic clinique de cancer du foie était posé.

Ce groupe de 5 malades était composé de 4 hommes âgés de 65 à 73 ans et d'une femme âgée de 77 ans.

Nous ne relevons aucune complication à la suite de ces 4 exploratrices ni aggravation rapide de la maladie pendant le temps d'hospitalisation.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre consacré aux affections bilio-pancréatiques sans parler des pancréatites aigu aiguës hémorragiques. Nous ne ferons que les citer car celles-ci seront vues au chapitre consacré aux urgences.

AU TOTAL AFFECTIONS BILIO-PANCREATIQUES

	Affections Bénignes	Affections Malignes
Récusés	12 %	15,8 %
Anesthésie locale	----	6,3 %
Complications	18 %	31,3 %
Décès	3 %	12,5 %

Ce tableau montre, d'une manière plus explicite, que le pourcentage des complications et celui des décès sont bien plus importants pour les affections cancéreuses que pour les affections bénignes.

O
O O
O

AFFECTIONS GYNECOLOGIQUES

AFFECTIONS BENIGNES

- PROLAPSUS UTERIN - (tableau nº8)

Des 37 malades hospitalisés pour prolapsus utérin la plus âgée a 85 ans et 4 malades ont plus de 80 ans (Age moyen 70 ans).

Le tableau suivant donne les différentes interventions pratiquées :

Interventions	En Nombre	En %
Colpohystérectomie vaginale	6	16,3
Colpectomie avec myorraphie	11	29,7
Colpectomie avec cloisonnement (Lefort)	16	43,2
Colpectomie myorraphie et hystéropexie	4	10,8

Sur ce tableau on remarque le pourcentage élevé d'interventions uniquement par voie basse. Or nous ne relevons sur ces 37 malades aucune complication post-opératoire.

Cette statistique confirme l'inocuité des interventions par voie vaginale chez les femmes âgées.

Il faut dire aussi que 24 d'entre elles, soit 65 % ont reçu un traitement anticoagulant préventif en moyenne du 4ème au 16ème jour (tableau nº8).

/...

T A B L E A U Nº 8

AFFECTIONS BENIGNES DE L'APPAREIL GENITAL

	TOTAL	OPERES Anesthésie Générale	Date Moyenne Intervent.	Traitement anti-coagulant préventif	Complicat.	DECES	Etat satisfaisant à la sortie	Temps Hospital. Moyenne
PROLAPSUS UTERIN	37	37	3ème jour (1)	24	0	0	37	20 jours
FIBROME UTERIN	2	2	2ème jour	2	1	0	2	20 jours
KYSTE OVAIRE	6	6	2ème jour	1	1	0	6	17 jours
TOTAL En Nbre	45	45	---	27	2	0	45	---
TOTAL En %		100	----	60	4,4	---	100	---

(1) dans quelques cas l'intervention a été retardée en raison de l'ulcération du col.

- FIBROMES ET KYSTE OVAIRE - (Tableau nº 8)

En relevant les différentes causes d'interventions gynécologiques, nous avons été surpris de constater le faible pourcentage des fibromes après 65 ans (à peine 4,5 % des interventions de moyenne importance en gynécologie).

Ces deux fibromes ont été traités dans un cas par hystérectomie totale et dans l'autre par hystérectomie subtotale.

Nous notons une complication dans les suites de ces deux malades. Il s'agit d'une phlébite survenue le 13ème jour après l'intervention malgré le traitement anticoagulant préventif.

Les dix kystes de l'ovaire ont tous été traités par annexectomie.

était
Un très infecté et l'on doit mettre au compte de l'antibiothérapie post-opératoire la complication digestive à type de diarrhée profuse que la malade a présentée dans les suites.

Enfin une malade a subi avec l'annexectomie une cholécystectomie simple pour cholécystite chronique.

AFFECTIONS MALIGNES

CANCER du CORPS UTERIN et CANCER OVAIRE - (tableau nº9)

Les 7 malades de ce groupe sont âgées de 66 à 71 ans. Les 4 cancers du corps utérin ont été traités par hystérectomie totale sans aucune complication.

Les 3 cancers de l'ovaire ont été traités par hystérectomie subtotale ou totale, là aussi sans aucune complication.

Quatre malades soit 57 % ont reçu un traitement anticoagulant préventif.

- INTERVENTIONS MINEURES EN GYNECOLOGIE -

Nous avons groupé sous cette rubrique, plusieurs affections de type et de gravité très différentes mais qui d'un point

/...

de vue chirurgical n'ont nécessité que des interventions mineures :

- Biopsie pour cancer du vagin ou de la vulve sous anesthésie générale 6
- Pose de radium pour cancer du col sous anesthésie générale 4
- Ablation de prolapsus muqueux uréthral sous anesthésie générale 4
- Ablation d'un polype muqueux du col utérin sous anesthésie générale 2
- Petites interventions diverses sous anesthésie générale 8

soit au total : 24 interventions mineures.

0

0 0

T A B L E A U Nº 9

AFFECTIONS MALIGNES DE L'APPAREIL GENITAL.

		TOTAL	Opérés Anesthésie Générale	Date Moyenne Intervent.	Traitement anticoagul. préventif	Complicat.	DECES	Etat satisfaisant à la sortie	Temps Hospital. Moyenne
CANCER CORPS UTERIN		4	4	3ème jour	2	0	0	4	20 jours
CANCER OVAIRE		3	3	3ème jour	2	0	0	3	20 jours
TOTAL	En Nbre	7	7	—	4	0	0	7	—
	En %		100	—	57	—	—	100	—

THORAX

A la suite des interventions sur l'appareil génital, il nous a paru bon de placer celles localisées au thorax. En effet, ce chapitre ne comprend que les tumeurs du sein car nous n'avons pas d'intervention par voie endothoracique.

EUR DU SEIN -

Répartition en fonction de l'âge de la malade et du caractère de la tumeur (1).

Age \ Caractère	Tumeur Benigne	Tumeur Maligne	Total
65 à 69 ans	3	9	12
70 à 74 ans	2	7	9
75 à 79 ans	2	3	5
80 à 84 ans	-	1	1
85 ans et au dessus	-	1	1
T O T A L	7	21	28

Par ailleurs un homme âgé de 67 ans a eu une mammectomie pour mammite chronique.

I - Tumeurs bénignes -

Total	Opérés Anesthésie Générale	Complicat.	Décès	Etat satisfaisant à la sortie	Temps Hospital. Moyen
7	7	0	0	7	10 jours
25 %	100 %	---	--	100 %	---

1) le caractère bénin ou malin a dans tous les cas été vérifié histologiquement.

L'âge des malades a été vu en un tableau récapitulatif au début du chapitre.

Interventions pratiquées :

- Ablation simple de la tumeur 1
- Mammectomie 5
- Amputation sein et pectoraux 1

Dans tous les cas les suites furent très simples.

II - Tumeurs Malignes -

Total Opérés	Anesthésie Générale	Traitement Anticoagul. préventif	Complicat.	Décès	Etat satisf. sortie	Temps Hospital. Moyen
21	20	6	0	0	20	18 jours
75 %	95 %	28,5 %	-	-	95 %	--

Interventions pratiquées :

Amputation sein et pectoraux	2	9,5 %
Amputation sein et pectoraux avec curage creux axillaire (Holsted)	15	71,5 %
Amputation sein et pectoraux avec curage creux axillaire et chaine mammaire interne	3	14,3 %
Mammectomie simple de propreté	1	4,7 %

les suites furent simples dans tous les cas.

On peut donc dire que ces interventions purement péri-étales même élargies, ont des suites remarquablement bénignes chez les personnes âgées.

Divers Thorax et Colonne -

Avant de clore ce chapitre consacré au thorax, il faut noter dans cette statistique que :

/...

- 15 malades âgés de 66 à 82 ans ont été hospitalisés pour fractures de côtes plus ou moins importantes dont 2 ont entrainé unehemothorax minime et ponctionné.
  Ces malades ont été traités dans l'ensemble par hémibandage collé qui respecte le mieux la mobilité thoracique du côté sain. Dans les suites nous relevons une complication pulmonaire, et une phlébite.

- 3 malades âgées de 66, 67 et 80 ans ont été hospitalisées pour fractures vertébrales :
  2 au niveau de la lère lombaire traitées par corset plâtré dans un cas et plâtre de Boehlerdans l'autre
  1 parcellaire au niveau de la colonne dorsale traitée par mobilisation contrôlée.

- 2 malades ont été hospitalisés pour métastase cancéreuse vertébrale traités par immobilisation.

0

0 0

TETE ET COU

Au niveau du cou, nous relevons 3 interventions d'importance moyenne, il s'agit de :

- deux parotidectomies sous anesthésie générale et hypotension contrôlée chez deux femmes âgées respectivement de 65 et 72 ans.

dans les deux cas les suites furent simples.

- une thyroïdectomie subtotale pour goître chez une femme de 67 ans. Là aussi les suites furent simples.

Par ailleurs, nous trouvons 31 observations d'interventions mineures, dont 20 ont été pratiquées sous anesthésie générale, il s'agit de :

- Noevi carcinome	- Electrocoagulation	2
- Epithéliome cutané	- Electrocoagulation	11
- Kyste sébacé	- Ablation	4
- Adénopathie cervicale	- Ablation	1
- Ulcération langue	- Ablation	1
- Parotidite	- Biopsie	2
- Plaies de la face	- Suture	6
- Divers		4

Toutes ces interventions mineures n'ont été suivies d'aucune complication.

0

0 0

M E M B R E S

MEMBRE SUPERIEUR -

	Total	Anesth. Générale	Réduction satisfaisante (1)	Complication	Décès	Temps Hospital. Moyen
Luxation Epaule	6	6	6	0	0	3 jours
Fracture Clavicule	3	1	3	0	0	5 jours
Fracture Humerus	27	8	23	0	0	8 jours
Luxation Coude	3	3	3	0	0	8 jours
Fracture os avant-bras	36	26	34	0	0	6 jours
Total	75	44	69	0	0	---

(1)-Il ne s'agit ici que du résultat immédiat, nous ne possèdons pas, en effet, les résultats à distance.

Luxation de l'Epaule -

Six malades âgés de 66 à 73 ans ont été hospitalisés pour luxation de l'épaule, réduite sans difficultés sous anesthésie générale. Une était associée à une fracture de la tête humérale que l'on a réduite et mise en extension sur appareil de Pouliquen.

Dans tous les cas les suites furent simples.

/...

Fracture de la Clavicule -

Il s'agit de 3 hommes âgés de 65 à 67 ans. Dans tous les cas la technique de réduction employée fut les anneaux. Un malade ne supportant pas ces anneaux a eu une réduction et immobilisation par broche. Les suites furent normales dans tous les cas.

Fracture de l'Humerus -

Dans ce groupe de 27 malades, nous relevons une majorité de femmes (67%) et de malades âgés. 4 ont plus de 80 ans et l'âge moyen est de 74 ans.

La répartition en fonction du siège de la fracture est la suivante :

- extrémité supérieure	18	soit	66,7 %
- diaphyse	4	soit	14,8 %
- Extrémité inférieure	5	soit	18,5 %

Choix du traitement :

- Immobilisation par écharpe	4	
		(Extension sur cadre 15
- Traitement Orthopédique	22	(Plâtre 7
- Traitement sanglant	1	(ablation tête humérale)

Nous ne relevons aucune complication post-opératoire. Il faut cependant noter que pour 4 malades la réduction a dû être reprise secondairement.

Luxation du coude -

Les trois luxations du coude que nous avons relevées sont survenues chez des femmes de 66 à 68 ans, réduites sous anesthésie générale. Les suites en furent normales.

Fracture des os de l'Avant-Bras -

Là encore nous avons noté un pourcentage très important pour le sexe feminin avec 29 femmes soit 80,5 %.

La répartition en fonction du type de la fracture

/...

est la suivante :

- deux os de l'avant-bras	4	soit 11,1 %
- diaphyse radiale	2	soit 5,5 %
- Ext. sup. du cubitus	3	soit 8,3 %
- Ext. inf. du radius	27	soit 75 %

choix du traitement :

- orthopédique	35
- sanglant	1 (enclouage cubitus)

Nous ne relevons aucune complication post-opératoire.

Interventions Mineures -

Dans le même temps 31 malades ont été hospitalisés pour interventions mineures sur le membre supérieur. Il s'agit de :

- Fractures os de la main	6
- hygroma du coude	4
- plaies superficielles	6
- plaies avec section du tendon	4
- panaris et phlegmon	8
- tumeurs cutanées (épithélioma)	3

Sur ces 31 interventions, 16 ont été pratiquées sous anesthésie générale avec des suites simples.

- MEMBRE INFERIEUR -

Fractures

Bassin - (Tableau nº10)

- deux fractures du bassin chez deux femmes de 71 et 78 ans ont été traitées par immobilisation au lit avec traitement anticoagulant préventif.
Les résultats furent satisfaisants.

- une fracture du cotyle chez un homme de 66 ans, avec luxation intra-pelvienne, réduite et maintenue par plâtre.
Les suites furent simples et le résultat favorable.

/...

T A B L E A U Nº 10

RECAPITULATIF DES FRACTURES DU MEMBRE INFERIEUR

FRACTURE	Total	Opérés (1)	Anesthésie Générale	Traitement anticoagul. préventif	Résultat satisfaist. immédiatem. (2)	Complicat.	Décès	Temps Hospital. Moyen
BASSIN	2	0	0	2	2	0	0	60 jours
COL DU FEMUR	26	19	11	11	19	3	0	30 jours
DIAPHYSE FEMORALE	11	11	3	3	7	1	0	45 jours
ROTULE	5	4	3	3	5	0	0	15 jours
JAMBE	18	16	16	6	17	2	0	18 jours
TOTAL	62	50	33	25	50	6	0	---

(1) comme nous l'avons précisé à propos des fractures du col du fémur sous la rubrique "opérés" sont groupé aussi bien les interventions proprement dites que les tractions par broche et les plâtres qui peuvent avoir le retentissement d'une intervention de moyenne importance.

(2) Il ne s'agit ici que du résultat immédiat car nous ne possèdons pas dans leur totalité les résultats à distance.

Col du fémur - (tableau nº10)

Nous avons relevé 26 malades hospitalisés pour fracture du col du fémur. Sur ces 26 malades 80 % sont du sexe feminin, ce qui confirme une notion bien connue.

Certains auteurs, tel le Docteur SALEMBIER, comptent dans leurs statistiques les simples tractions par broche de Kirschner et les immobilisations plâtrées "qui peuvent avoir le retentissement général d'une opération de moyenne importance".

Nous avons suivi le même principe pour établir la statistique des fractures du col du fémur au tableau récapitulatif et comparatif des fractures du membre inférieur. (tableau nº10).

Il nous a paru cependant intéressant de comparer les suites des malades ayant subi une véritable intervention et de ceux pour lesquels on s'est abstenu.

- Malades non opérés -

En dehors de l'âge, (55 % des blessés non opérés ont 80 ans et au-dessus), parmi les causes d'abstention, il faut retenir le type de la fracture et l'état général du blessé.

Total non Opérés	résultat immédiat satisfais.	Traitement anticoagul. préventif	Complicat. immédiates	Décès	Temps hospital. Moyen
15	10	4	0	0	20 jours
57,7%	66,6 %	26,6 %	-	-	--

Les malades ont été traités par :

- abstention totale avec mobilisation précose 7 cas
- extension 6 cas
- plâtre 2 cas

Nous ne relevons aucune complication immédiate. Cela ne permet, cependant, pas de dire que la morbidité est nulle chez les malades non opérés. En effet, ceux-ci restent hospitalisés peu de temps et l'on sait que les complications surviennent tardivement.

Par contre on peut dire, qu'un "nursing" bien conduit évite le plus souvent la mort des premiers jours.

/...

Malades opérés -

Sur les 11 malades opérés 3 (27%) ont plus de 80 ans.

Total Opérés	résultat immédiat satisfaisant	Traitement anticoagul. préventif	Complicat. immédiate	Décès	Temps Hospital. Moyen
11	9	7	3	0	33 jours
42,3%	81,8 %	63,6 %	27,2 %	--	---

Interventions pratiquées :

- Enclouage par voie extra-articulaire 10
- arthroplastie (tête acryle) 1

Complications :

- Phlébite

  Survenue au 30ème jour après arrêt depuis 5 jours du traitement anticoagulant préventif. Guérison sans séquelles.

- Pseudarthroses

  Nous avons relevé deux pseudarthroses survenues chez deux malades âgées respectivement de 65 et 68 ans. Ces deux pseudarthroses furent traitées : dans un cas par ablation de la tête, avec tentative de prothèse acryle impossible. Dans le second par arthroplastie (tête acryle).

  Le résultat fut très mauvais dans le premier cas et médiocre dans le second.

Ces deux réinterventions portent donc à 13 le nombre des opérations pratiquées chez ces 11 malades.

Diaphyse Fémorale - (tableau nº10)

Sur les 11 malades hospitalisés pour fracture de la diaphyse fémorale, un seul a plus de 80 ans (9,1%).

Il nous a paru intéressant de relever les causes de ces fractures :

- fractures accidentelles 8
- fracture spontanée (maladie de Paget 2
  (cancer du sein 1

/...

A noter qu'une des fractures accidentelles est une fracture d'un moignon fémoral.

Ces 11 fractures du fémur ont été traitées par :

- traitement orthopédique ..... 8 cas
  Extension par broche 5
  Plâtre 3
- traitement sanglant ..... 3 cas
  Enclouage centro-médullaire .. 2
  Vis 1

Un malade a présenté dans les suites une escarre sacrée très importante. Ce malade est sorti après hospitalisation prolongée (80 jours) en état général très médiocre malgré un résultat orthopédique satisfaisant.

A ce propos, nous devons signaler que parmi les escarres post-opératoires, seules ont été notées celles dont l'importance pouvait mettre en jeu le pronostic vital.

Rotule - (tableau nº10)

Cinq malades âgées de 65 à 71 ans ont été hospitalisées pour fracture de la rotule.

Le traitement a été :

- orthopédique - Plâtre dans ..... 1 cas
- sanglant - (Hémicerclage dans ..... 3 cas
  (Arthrotomie à minima dans .. 1 cas

les suites furent simples dans tous les cas.

Jambe - (tableau nº10)

Dix huit malades dont 10 hommes et 8 femmes, âgés de 65 à 82 ans (Age moyen 72 ans) ont été hospitalisés pour fracture de jambe.

Siège des fractures :

- fracture diaphysaire 6 (dont 2 fractures ouvertes
- fracture unimalléolaire 2
- fracture bimalléolaire 10

Le traitement a été :

- Orthopédique dans 17 cas
- sanglant dans 1 cas

/...

- Traitement orthopédique

  - réduction avec contrôle radiologique et plâtre
    sous anesthésie générale dans 15 cas
    sous anesthésie locale dans 1 cas

- Traitement par voie sanglante

Il s'agissait d'une fracture ouverte réduite et maintenue par agraffes et plâtre.

Dans les suites : un malade a présenté une escarre sacrée importante
une autre des complications urinaires à type de rétention avec infection.

Arthroses -

- Deux coxarthroses ont été traitées par arthrodèse et enclavage avec immobilisation plâtrée. Il s'agissait de deux femmes âgées respectivement de 68 et 71 ans. Les suites furent simples sans traitement anticoagulant préventif. Les résultats furent satisfaisants.

- Quatre hémarthroses du genou ont été traitées par arthrotomie à minima. Il s'agissait de quatre femmes âgées de 68 à 82 ans. Les suites furent simples et les résultats satisfaisants.

Affections ayant nécessité une amputation de cuisse -

Nous avons groupé sous ce titre diverses affections de nature très différentes mais qui toutes furent sanctionnées par une amputation de cuisse (1/3 moyen).

Il s'agit de :

- Gangrène diabétique ..... 5 cas
- Artérite du membre inférieur ..... 4 cas
- Embolie artérielle ..... 1 cas
- Thrombose du membre inférieur ..... 1 cas
- sarcome du genou ..... 1 cas
- Ecrasement accidentel ..... 1 cas

Treize malades âgés de 65 à 82 ans (âge moyen 72 ans) forment ce groupe.

/...

- Traitement orthopédique

  - réduction avec contrôle radiologique et plâtre
    sous anesthésie générale dans 15 cas
    sous anesthésie locale dans 1 cas

- Traitement par voie sanglante

Il s'agissait d'une fracture ouverte réduite et maintenue par agraffes et plâtre.

Dans les suites : un malade a présenté une escarre sacrée importante
une autre des complications urinaires à type de rétention avec infection.

Arthroses -

- Deux coxarthroses ont été traitées par arthrodèse et enclavage avec immobilisation plâtrée. Il s'agissait de deux femmes âgées respectivement de 68 et 71 ans. Les suites furent simples sans traitement anticoagulant préventif. Les résultats furent satisfaisants.

- Quatre hémarthroses du genou ont été traitées par arthrotomie à minima. Il s'agissait de quatre femmes âgées de 68 à 82 ans. Les suites furent simples et les résultats satisfaisants.

Affections ayant nécessité une amputation de cuisse -

Nous avons groupé sous ce titre diverses affections de nature très différentes mais qui toutes furent sanctionnées par une amputation de cuisse (1/3 moyen).

Il s'agit de :

- Gangrène diabétique ..... 5 cas
- Artérite du membre inférieur ..... 4 cas
- Embolie artérielle ..... 1 cas
- Thrombose du membre inférieur ..... 1 cas
- sarcome du genou ..... 1 cas
- Ecrasement accidentel ..... 1 cas

Treize malades âgés de 65 à 82 ans (âge moyen 72 ans) forment ce groupe.

/...

Total	Anesthes. Générale	Traitement anticoagul. préventif	Complic.	Décès	Sortie Etat satisfaist.	Temps Hospital. Moyen
13	12	4	2	1	11	28 jours
---	92,3 %	30,7 %	15,3 %	7,6 %	84,6%	---

Choix de l'anesthésie - complications -

Un malade âgé de 70 ans présentait une gangrène gazeuse du membre inférieur avec un état général si mauvais que l'amputation fut décidée sous anesthésie locale. Les suites furent compliquées (cachexie, gâtisme) et le malade est mort le 27ème jour.

En dehors de cette complication qui n'est pas due à l'intervention mais à l'état du malade, un autre a présenté dans les suites une phlébite. Il s'agissait d'un homme de 70 ans amputé à la suite d'un écrasement accidentel du membre inférieur. Sous l'influence du traitement anticoagulant tout est rentré dans l'ordre assez rapidement.

INTERVENTIONS MINEURES SUR LE MEMBRE INFERIEUR -

Dans le même temps 32 malades ont été hospitalisés pour interventions mineures sur le membre inférieur. Il s'agit de :

- Fracture au niveau du pied 2
  - orteil - plâtré
  - enfoncement calcanéentraité par arthrotomie sous astragalienne.
- Exostoses (rotule - calcanéum - orteils) 6
- Hygromas (genou - orteils) 4
- Tumeurs bénignes 4
- Tumeurs malignes 3
  2 tumeurs cutanées - 1 sarcome du genou traité par ablation de la masse
- Artérites membre inférieur 2
  (traitées par sympathectomie péri-fémorale)
- Amputation orteil 4
  3 gangrène diabétique - 1 pied gelé
- Plaies diverses 7

Dix huit de ces interventions ont été pratiquées sous anesthésie générale.Les suites furent simples sauf dans un cas, il s'agissait d'une amputation d'orteil pour gangrène diabètique chez qui est apparue très rapidement une escarre au niveau de la zone d'amputation.

/...

D I V E R S

Avant de clore ces chapitres consacrés à l'étude des différentes interventions pratiquées chez les personnes âgées de 65 ans et au-dessus, il nous faut mentionner un certain nombre d'observations qui,dans une classification suivant le siège, trouvent mal leur place si l'on veut garder une homogénéité à la statistique.

Il s'agit d'observations très diverses telles que :

- Abcès - anthrax - phlegmon ..... 13 Cas
- Hématome ..... 8 cas
- Tumeurs pariétales bénignes ..... 9 cas
- Tumeurs pariétales malignes ..... 6 cas
- Escarres (survenues chez des malades non opérés) .. 4 cas
- Biopsies d'adénopathies ..... 5 cas
- Hydrocèles ..... 7 cas

Sur ces 53 observations, 24 ont été opérées sous anesthésie générale.

Nous relevons pour ce groupe de malades, deux complications :

- une phlébite survenue le 10ème jour chez une femme de 67 ans qui présentait un abcès profond de la fesse,incisé sous anesthésie générale.
- une embolie pulmonaire survenue le 4ème jour chez un homme de 76 ans qui avait subi sous anesthésie générale une incision d'un abcès du pied.

Chez ces deux malades tout s'est arrangé sous l'influence du traitement.

0

0 0

/...

INTERVENTIONS D'URGENCE

Après avoir étudié les différentes causes d'interventions et leurs suites suivant le siège, il nous paraît intéressant de reprendre cette étude sous l'angle des interventions d'urgence.

En chirurgie gériatrique l'urgence répond à une série d'accidents facilement systématisables, intéressant presque électivement la sphère abdominale ; en voici en effet l'énumération classique :

- Hernies et éventrations étranglées
- Occlusions
- Appendicites aiguës
- Cholécystites aiguës
- Pancréatites aiguës hémorragiques
- Ulcères perforés et hémorragiques
- Diverticulites aiguës
- Thromboses (mésentérique en particulier)

Le tableau ci-après donne une idée de la fréquence relative de ces différentes étiologies dans notre statistique.

AFFECTIONS (1)	Nbre de cas	%
HERNIES ETRANGLEES	42	32,9
OCCLUSIONS	21	16,4
APPENDICITES AIGUES	19	14,8
CHOLECYSTITES AIGUES	37	29
ULCERES PERFORES ou HEMORRAGIQUES	6	4,6
DIVERS	3	2,3

(1) l'importance relative des cholécystites aiguës s'explique par l'orientation du chirurgien vers la chirurgie des affections bilio-pancréatiques.
Il s'agit d'autre part, comme nous l'avons mentionné au début, d'une statistique tirée d'une clientèle privée, de ce fait les chiffres ne peuvent pas être comparés entièrement à ceux d'une statistique hospitalière.

/...

T A B L E A U Nº 11

INTERVENTIONS D'URGENCE

		Total	Opérés	Anesthésie Générale	Complicat.	Décès	Etat satisfaisant à la sortie
HERNIES ET EVENTRATIONS ETRANGLEES		42	38	33	9	4	34
OCCLUSIONS		21	21	20	9	4	15
APPENDICITES AIGUES		19	18	18	4	3	16
CHOLECYSTITES AIGUES		37	32	32	8	1	25
ULCERES PERFORES OU HEMORRAGIQUES		6	6	6	1	0	5
DIVERS		3	3	3	1	1	2
TOTAL	En Nombre	128	118	112	32	13	97
	En pourcentage		92,2	95	27	11	75,7

Nous ne reviendrons pas dans le détail à l'étude de ces différentes affections de leur traitement et de leurs suites, déjà vus dans les chapitres précédents. Tout au plus voulons-nous relever les chiffres et les pourcentages des complications et des décès en chirurgie d'urgence pour les comparer ensuite à ceux de la morbidité et de la mortalité globale.

rnies et Eventrations Etranglées - (tableau nº11)

Sur les 42 malades de ce groupe :

- 4 ont été récusés en raison de leur état général et du succès de la réduction par xis, mais 1 est décédé subitement le 7ème jour.

38 ont été opérés et ont subi :

- 3 résections intestinales avec des suites normales
- 35 cures simples de la hernie avec 9 complications soit 23,7% et 4 décès soit 10,5%.

Parmi les décès un est survenu chez une malade dont l'état du grêle justifiait une résection, mais l'état général l'interdisait. La malade est décédée à la suite d'une occlusion post-opératoire suivie de défaillance cardiaque.

clusions intestinales - (tableau nº11)

Sur les 21 occlusions intestinales relevées :

- 9 sont d'origine bénigne soit 43 %
- 12 sont d'origine maligne soit 67 %

- Occlusions d'origine bénigne -

les 9 occlusions ont entraîné :

- 2 résections intestinales dont les suites furent simples
- 6 détorsions simples avec 2 complications.
- 1 colostomie (étant donné l'état général) suivi d'un accident vasculaire cérébral ayant entraîné le décès.

Ce qui porte à 3 le nombre des complications soit 33 % avec 1 décès soit 11 %.

- Occlusions d'origine maligne -

les 12 occlusions ont nécessité :

- 7 colostomies en amont avec 1 complication
- 1 anastomose en dérivation avec complications
- 3 colectomies avec 3 complications et 2 décès
- 1 exploratrice simple suivie de décès.

/...

Ce qui porte à 6 le nombre des complications soit 50 % et à 3 celui des décès soit 25 %.

Le bilan apparaît donc très lourd dès que la chirurgie s'attaque au cancer. Il faut noter aussi que les interventions palliatives ont une mortalité moins élevée à échéance rapprochée que les interventions d'exérèse.

pendicites aiguës et péritonites appendiculaires - (tableau nº11)

Sur les 19 malades de ce groupe :

- 1 a été médicalement traité en raison de son état général et guéri.
- 5 ont eu une appendicectomie simple avec 1 complication suivie de décès.
- 12 ont eu une appendicectomie avec drainage par mèches suivie de 3 complications et 1 décès.
- 1 malade est décédé au départ de l'anesthésie.

Ce qui porte à 4 soit 21 % le nombre des complications et à 3 soit 15,7 % celui des décès.

olécystites aiguës - (tableau nº11)

Sur les 37 malades hospitalisés pour cholécystites aiguës :

- 5 ont été récusés et traités médicalement
  - 4 en raison de leur âge, de leur état général ou d'une cardiopathie majeure
  - 1 pour traitement médical d'épreuve et qui n'a pas été revu
- 32 ont été opérés dans les 3 premiers jours de leur hospitalisation et ont subi :
  - 3 une cholécystostomie avec 2 complications et 2 déc décès
  - 18 une cholécystectomie simple avec 4 complications
  - 11 une cholécystectomie associée à une cholédocotomie et dans 1 cas à une papillotomie avec 2 complications.

Au total le nombre des complications s'élève à 8 soit 25 % et celui des décès à 1 soit 3,1 %.

Ces chiffres plaident en faveur de la cholécystectomie pratiquée d'urgence, même chez les personnes âgées.

/...

lcères gastro-duodénaux -

Les 6 ulcères gastro-duodénaux opérés d'urgence étaient

- perforés dans 4 cas
- hémorragiques dans 2 cas

Ils ont été traités par :

- gastrectomie subtotale dans 4 cas dont 1 après large gastrotomie pour découvrir la cause et le siège de l'hémorragie.

Sur ces 4 malades on relève 1 complication post-opératoire.

- Epiplooplastie dans 2 cas sans complication.

Au total ces 6 malades ont présenté 1 complication soit 16,6 % et aucun décès.

ivers - (tableau nº11)

Sous cette rubrique nous avons groupé :

- une pancréatite aiguë hémorragique, traitée par cholécystectomie et drainage de la loge pancréatique et dont les suites furent simples.
- un volvulus de la vésicule traité par cholécystectomie avec des suites normales.
- une péritonite par perforation cholécysto-duodénale pour laquelle on ne fit que drainer. Le malade est décédé le jour même.

Au total et comme le montre le tableau nº 11 sur 118 malades opérés d'urgence dont 112 sous anesthésie générale 32, soit 27 % ont présenté des complications post-opératoires ayant provoqué le décès dans 13 cas soit 11 %. Il nous sera donné de comparer ces chiffres à ceux de la morbidité et de la mortalité globale. Dès maintenant nous pouvons cependant dire qu'ils atteignent presque le double de ceux correspondant aux interventions d'importance moyenne et majeure.

0

0 0

M O R B I D I T E E T M O R T A L I T E

Au cours de ce relevé statistique nous n'avons éliminé aucune des causes d'hospitalisation, même dans les cas d'abstention ou d'intervention mineure. Ceci afin de donner un aperçu aussi complet que possible des affections chirurgicales chez les personnes âgées.

Notre étude de la morbidité et de la mortalité post-opératoire sera par contre limitée aux interventions d'importance moyenne ou majeure, pratiquement seules responsables des complications et des décès.

Outre la chirurgie abdominale qui entre d'emblée dans cette catégorie, nous avons assimilé les réductions de fractures et de luxations pratiquées sous anesthésie générale, à des interventions de moyenne importance.

Le tableau suivant donne une idée de la répartition de ces interventions en fonction de l'âge du malade et de son sexe.

AGES / SEXES	♂	♀	TOTAL
65 - 69 ans	119	115	234
70 - 74 ans	80	80	160
75 - 79 ans	37	68	105
80 - 84 ans	14	10	24
85 et au dessus	9	7	16
TOTAL	259	280	539

L'étude de ce tableau montre que 66,6 % des malades ont 70 ans et au-dessus.

Par ailleurs les deux sexes ont une représentation sensiblement identique avec 48 % d'hommes et 52 % de femmes.

/...

ETUDE DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE -

Nous considérons comme complication et décès post-opératoires celles et ceux qui se sont produits dans le temps d'hospitalisation, ou après la sortie, mais qui sont manifestement la conséquence de l'acte opératoire.

Par contre, et nous l'avons noté au passage, certains décès quoique post-opératoires doivent être mis sur le compte de l'aggravation de la maladie (c'est le cas en particulier du cancer) sans que l'intervention puisse vraiment être mise en cause.

Au total sur 539 interventions moyennes ou majeures, le nombre des complications s'élève à 88 soit 16,3 % et celui des décès à 28 soit 5,2 %.

ROLE DE L'AGE -

Mis à part les malades âgés de 85 ans et au-dessus chez qui la morbidité atteint 25 %, l'âge ne parait pas dans nos chiffres jouer un rôle très important.

En effet, le pourcentage est sensiblement le même pour les malades âgés de 65 à 69 ans (16,2 %), que pour ceux âgés de 70 ans et au-dessus (16,3 %).

Il n'en est pas de même en ce qui concerne la mortalité Elle est, en effet, de 3,8 % de 65 à 69 ans et passe à 6,2 % au-dessus de 70 ans.

Le tableau suivant donne une idée précise du rôle de l'âge dans la morbidité et la mortalité.

AGES	MORBIDITE		MORTALITE	
	ENbre de cas	%	Nbre de cas	%
65 - 69 ans	38	16,2	9	3,8
70 - 74 ans	26	16,2	8	5
75 - 79 ans	17	16,1	6	5,7
80 - 84 ans	3	12,5	1	4,1
85 et au dessus	4	25	4	28
TOTAL	88	16,3	28	5,2

NOTE : les chiffres de la mortalité sont déjà compris dans la morbidité.

Ce tableau montre d'autre part que les complications sont de plus en plus meurtrières avec l'âge.

Ainsi 23,6 % des malades âgés de 65 à 69 ans et qui ont présenté des complications post-opératoires, décèdent. De 75 à 79 ans c'est 35,3 % ; et à 85 ans et au-dessus les chiffres atteignent 100%.

ROLE DU SEXE -

Les complications sont plus fréquentes chez la femme -(17,8 %) que chez l'homme (14,6 %).

Quant aux décès ils ont une répartition sensiblement identique : 5,1 % chez l'homme et 5,3 % chez la femme.

CAS DES URGENCES -

Comme nous l'avons noté au chapitre qui leur est consacré, les urgences ont une morbidité et une mortalité très notablement supérieure.

En effet, les complications atteignent 27 % contre 16,3 % de morbidité globale, et les décès 11 % soit plus du double de la mortalité globale qui est de 5,2 %.

0

0 0

/...

MORBIDITE ET CAUSES DE LA MORT -

Les différents types de complications et causes de décès, survenus à la suite des 539 interventions d'importance moyenne ou majeure sont les suivants :

Complications	Nbre de cas	Décès
Défaillance cardiaque	4	4
Syndrome cardio-vasculaire	2	1
Syndrome cardio-rénal	2	2
Phlébo-thrombose (menace)	24	--
Phlébite confirmée	11	--
Embolie pulmonaire	6	3
Accident vasculaire cérébral	1	1
Congestion pulmonaire	1	--
Troubles digestifs (sub-occlusion)	4	1
Lâchage	4	3
Fistule	4	--
Déséquilibre biologique	3	--
Cachexie	10	8
Hémorragie viscérale	1	1
Hémorragie pariétale	1	--
Hématome suppuré profond	1	--
Eventration	1	--
Escarres	4	3
Rétention d'urine-infection	1	--
Pseudarthrose	2	--
Accident anesthésique	--	1

/...

REMARQUES SUR LA MORBIDITE ET LA MORTALITE -

L'énumération que nous venons de voir mérite plusieurs remarques :

- Les complications cardiaques prédominent au début : soit dans les premières heures par choc opératoire grave et irréversible avec collapsus, soit dans les premiers jours sous forme de syndrome cardio-vasculaire ou cardio-rénal.

Nous en avons relevé 8 cas au total dont 7 furent mortels.

- Viennent ensuite dans l'ordre chronologique les complications thrombo-emboliques.

Sous le titre "menace de phlébo-thrombose" sont groupés les malades ayant présenté dans les suites opératoires quelques petits signes discrets en faveur d'une phlébite. Le chiffre peut paraître important, il s'explique par le fait que les complications de cet ordre furent tout particulièrement recherchées et prévenues, et que danc ette rubrique figurent même les cas douteux.

On doit noter d'autre part le nombre important de phlébites et d'embolies pulmonaires, ces dernières fatales dans 50 % des cas. A ce sujet remarquons que depuis dix ans la tendance a évolué vers un traitement préventif plus fréquent des phlébo-thromboses.

- de nombreux auteurs placent les complications pulmonaires parmi les fréquentes de la chirurgie gérontologique. Nous n'en avons relevé qu'un cas sérieux. Cependant certains classent dans les "complications pulmonaires" les cas que nous avons considérés comme étant vraisemblablement des embolies.

- les troubles digestifs post-opératoires en particulier du type sub-occlusif, voir même occlusif, sont courants. Il s'agit soit d'un retard à la reprise du transit, plus rarement de véritable iléus paralytique.

- Lâchage et fistules prennent une large place dans la morbidité et la mortalité de la géronto-chirurgie ; certains des opérés (il s'agit presque toujours de cancéreux) se trouvant dans l'incapacité de faire les frais de la réparation tissulaire.

/...

- Le déséquilibre biologique aussi bien que la cachexie post-opératoire confirment,s'il en était besoin, combien l'organisme sénile s'adapte mal aux nécessités brutales créées par le moindre choc.

- Les troubles trophiques, en particulier les escarres font partie des complications fréquentes à redouter chez les personnes âgées.

Il faut signaler à ce sujet que leur nombre restreint dans cette statistique est dû au fait que seules les escarres importantes, ayant mis en jeu le pronostic vital furent notées.

- Quant aux pseudarthroses, elles attestent autant que les fractures que l'ostéoporose sénile fragilise l'os et retarde la consolidation.

A partir de ces notions sur les complications les plus fréquentes survenues chez les malades âgés opérés, nous pouvons tirer quelques conclusions quant à l'attitude qu'il faut adopter avant, pendant et après tout acte chirurgical.

O

O O

ELEMENTS DE CHIRURGIE GERONTOLOGIQUE

En Chirurgie gérontologique, la conduite à tenir n'est pas la même s'il s'agit d'une intervention de principe ou d'une intervention de nécessité.

Dans le cas d'une intervention de principe, il faut savoir étudier le risque opératoire et refuser le cas échéant d'intervenir, afin de ne pas "transformer un équilibre même instable en un déséquilibre irréparable susceptible de conduire jusqu'à l'exitus". SALEMBIER

Dans le cas d'une intervention de nécessité l'attitude est tout autre, celle-ci étant fonction elle-même des conditions différentes s'il y a urgence ou non.

Quoiqu'il en soit la décision demande un bilan et lorsqu'elle est prise une préparation avant l'intervention. Le bilan permet d'apprécier :

- l'état cardiaque, par la clinique et l'électrocardiogramme,
- l'état pulmonaire par un examen des fonctions respiratoires et une radiographie,
- l'état du sang et du milieu intérieur par les examens de laboratoire indispensables :
  - Numération globulaire et formule
  - Dosages biologiques courants (Urée, Glycémie)
  - Taux de Prothrombine - Test à l'Héparine
  - Temps de saignement et de coagulation
  - Dosages électrolytiques et protidiques complets
- Eventuellement,il peut être nécessaire, l'état des fonctions hépatiques ou rénales.

Ces examens réduits au strict minimum en cas d'urgence peuvent déceler des tares ou déficiences importantes qu'il faut tenter de corriger avant d'intervenir.

Cependant, même si l'on a tout son temps, il est préférable de ne pas trop retarder la date de l'intervention. En effet "beaucoup de sujets âgés sont inquiets et préoccupés par les dangers qui les menacent et qui viennent leur rappeler malheureusement les décès successifs de leurs contemporains". CONTE et BOUR LIERE. Or cette inquiétude associée au dépaysement que

/...

l'hospitalisation apporte est un facteur "anxiogène" qu'il ne faut pas négliger pour s'éviter des complications opératoires ou post-opératoires.
Peut être y-a-t'il là une partie de l'explication de certains accidents cardio-vasculaires ou emboliques survenant chez ce type d'opéré ?

Nous n'insisterons pas sur les conditions d'anesthésie et de réanimation per-opératoire. De nombreuses publications ont depuis ces dernières années bien codifié les techniques et leurs applications.

Tout au plus dirons nous que le principe de l'anesthésie est d'être la moins toxique possible.

En ce qui concerne la ventilation, lorsqu'il s'agit d'anesthésies prolongées, l'emploi des respirateurs artificiels a considérablement diminué le risque.

Enfin la réanimation per-opératoire doit être méthodique, tout excès, autant que tout défaut pouvant être néfastes.

Il en va de même pour la réanimation post-opératoire qui demande elle aussi une attention toute particulière. On ne doit pas hésiter à refaire des dosages pour surveiller la rééquilibration et éviter les surcharges dangeureuses. Ainsi, les malades de notre statistique en particulier digestifs ont eu dans leur majorité un nouveau bilan complet 2 ou 3 jours après l'intervention.

Ce bilan permet d'autre part, en cas de tare ou de déficience, de les contrôler car ces malades sont à la merci d'une décompensation brutale et irreversible.

Quant aux soins inhérents à l'intervention ils sont les mêmes que pour tout opéré quel que soit son âge, mais doivent être appliqués avec une minutie plus grande encore.

- La compensation des pertes sanguines doit être faite à volume égal.
- l'apport calorique est fait au début par voie veineuse mais le plus rapidement possible par la reprise de l'alimentation.
- les complications pulmonaires, thrombosiques, et les troubles trophiques sont évités par le lever précoce ; les exercices respiratoires dans le cas des complications pulmonaires ; le traitement anticoagulant préventif pour les complications thrombosiques ; un "nursing" attentif contre les troubles trophiques.

Enfin l'hospitalisation doit être la plus courte dans les limites du possible et du raisonnable car bien des malades âgés retrouvent dans leur cadre familial les forces et la raison de guérir. Ainsi nous avons constaté dans plusieurs cas que le malade ne faisait pas "leffort de guérir" pendant son hospitalisation et de retour chez lui s'est amélioré très rapidement.

C O N C L U S I O N

L'augmentation du nombre des personnes âgées et les progrès de la chirurgie, font de la Géronto-Chirurgie une question qui est de plus en plus à l'ordre du jour.

A partir de ces données il nous a paru intéressant d'étudier les causes d'hospitalisation, d'intervention ainsi que les suites opératoires des malades âgés de 65 ans et au-dessus pendant ces dix dernières années dans une clientèle privée.

Notre étude a porté sur :

- l'âge et le sexe de ces malades,
- le siège et la gravité de leur affection,
- les conditions et les suites opératoires.

Sur les 803 observations recueillies, 539 concernent des interventions moyennes ou majeures, dont la morbidité globale est de 16,3 % et la mortalité de 5,2 %.

Ces résultats sont le fruit :

- d'un bilan et d'une préparation soigneuse dans un temps le plus bref possible,
- de techniques anesthésiques peu toxiques, d'une ventilation contrôlée, d'une réanimation per-opératoire précise
- d'une rééquilibration post-opératoire minutieuse, d'un lever précoce, d'un "nursing" attentif,
- enfin d'une hospitalisation de courte durée.

On peut dire d'ailleurs qu'il s'agit là des nécessités chirurgicales de tous les âges avec seulement un soin plus particulier chez les personnes âgées.

Ces conditions étant réunies la Géronto-chirurgie a un rôle important à jouer dans la lutte contre la mortalité "prématurée" de bien des personnes âgées, et par suite dans l'allongement même de la vie humaine.

Le médecin autant que son malade peuvent se confier si nécessaire au chirurgien, sans pessimisme pour l'un ni trop d'appréhension pour l'autre.

B I B L I O G R A P H I E

BANZET P. et CARETTE L. - La chirurgie gérontologique - in Précis de Gérontologie - Masson édit. Paris 1955.

BINET L., BOURLIERE F. - Précis de gérontologie - Masson Edit. Paris 1955

BINET L., BOURLIERE F. - Bases physiologiques des phénomènes de sénescence - Presse Médicale 19/5/54 - 62 - nº 36 p. 765.

BOURLIERE F. - Sénescence et sénilité - G. Doin Edit. Paris 1958;

BOURLIERE F. et DRY J. - Possibilités thérapeutiques en gérontologie - Rev. de Médecine - Nov. 1961 - nº14 - pp. 727-730.

CATTAN A. - Sénescence et tube digestif - Gazette Méd. de France - 10 Oct. 1960 - nº 67 - pp; 1959-1965.

XVIº CONGRES de la Société Internationale de Chirurgie - Copenhague 1955 - le risque opératoire.

CONTE M. et BOURLIERE E- L'appareil digestif des sujets opér. - in Précis de gérontologie - Masson Edit. Paris 1955.

DARIC J. - "Le vieillissement de la population en France et ses conséquences économiques et sociales" in Précis de gérontologie - Masson Edit. Paris 1955.

DEMOGRAPHIE - Réalités et statistiques - "le particulier" nº 208 - Déc. 1961.

DESTREM H. - Réflexions médicales sur la chirurgie du vieillard - Presse Médicale 21/4/1954 - nº 29 - p. 605.

DESTREM H. - Quelques aspects pratiques de la prévention gériatrique - Gazette Médicale de France 10 Octobre 1960 - nº 67 - pp. 1945-1956

DUBLINEAU J. - Réflexions sur la psychologie de la sénescence Annales médico-psychol. 25/2/48 - nº3 - T.I.

/...

DURANTEAU A. et M. - Le risque en anesthésie - Rev. du prat. 1/6/1955 - nº 16

GIROND J. - Les besoins d'hospitalisation des vieillards et leurs causes - Semaine médicale nº18 29/2/1960 - pp. 203-204.

GOSSET J., BONVARLET J. et DAUTRY P. - Renseignements fournis par l'étude d'une statistique hospitalière (1954-55) - Mem. Ac. de chirurgie, 82, nº14-15 pp.429-437 - 1956.

GRAILLY (de) R. - Conférence sur la vieillesse - Mem. et Bul. de la Société de Méd. et de Chir. de Bordeaux 30/4/54 - p. 709 - Presse Médicale 26/6/54 62 - nº 47 - p. 1012.

GRAILLY (de), DESTREM H. - Physiologie générale, diététique et comportement de la vieillesse - Paris Masson édit.1953

KOURIAS B. - Pour réduire le risque opératoire chez les âgés - Presse Médicale 10/12/1955 - 63 - nº 82 pp. 1704-1705.

LACOMBE M. - Gérontologie-Chirurgie - Ann. de Chir. vol 16 Janvier 1962 - nº 1-2, pp.65-80.

LAURENCE G. - le risque imprévisible - Rev. du Prat. 1/6/55 nº 16.

LORTAT-JACOB J.L., BRUNET, d'AURIAC et / METIANU - A propos de la communication de M.A. MOUCHET Géronto-chirurgie - Acad. Chirur., Séance 2mai 1956, in Mem. Ac. Chir. pp. 413-416.

MARTINOT - LAGARDE - La géronto-chirurgie - Bases biologiques - Principes généraux basés sur une statistique homogène de 152 cas - Thèse Lille 1956.

MAURIAC Pierre - Réflexions sur le vieillissement et la vieillesse - Journées de Méd. de Bordeaux - Janvier 1960 - nº1 - p. 1 à 4.

MONSAINGEON A., BOUREAU M. - Les risques de la chirurgie du vieillard Rev. du prat., 1/6/1955 - nº16

MONSAINGEON A, BOUREAU M., COUTURIER S. - Contribution à l'étude de l'histoire naturelle de l'Opéré âgé - Sem. des Hôp. (annales de chir.) vol. II - V - Mars 1957 - nº 5-6 pp. 343-361.

/...

MOUCHET E., NEDEYR et CORNU P. - Géronto-chirurgie - Acad. de Chir., 18 Avril 57 - in Mem. Ac. Chir. pp. 377-387 - Sem. des Hôp. (annales de chir.) Juillet 56 pp. 525-537.

POILLEUX et HOUDARD C. - Statistique intégrale d'un service de chirurgie pendant l'année 1955 - Mem. Ac. Chir. 82 - nº14-15 - pp. 437-440 - 1956.

ROY B. - Sept observations de gastrotomie exploratrice pour hémorragies digestives graves - Mem. Ac. de chir. - nº28-29 - 1958 - p. 913.

ROY B. - Hernie obturatrice étranglée - Considérations à propos de deux nouvelles observations - Mem. Ac. de chir. Tome 85, nº 8,9 et 10 - 1959 - pp. 226-229.

ROY B. et RAIMBAULT S. - Plaidoyer en faveur de la cholécystectomie d'urgence - Revue de Chir. Janv.-Fév. 1955.

SALEMBIER Y. - Chirurgie gérontologie - Expansion édit; 57.

0

0 0

Vu : le Président

M. F. BOURLIERE

Vu : le Doyen de la Faculté de Médecine

M. L. BINET

Vu et Permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris

M. ROCHE